(1897)
Lane Medical Library

Ueber die Behandlung der Eklampsie ante partum.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und nebst beigefügten Thesen

öffentlich vertheidigt

am Mittwoch den 23. Juni 1897, Vormittags $10^3/_4$ Uhr

von

Bernhard Friedemann,
prakt. Arzt.

Opponenten:

Herr **Otto Schlemminger**, cand. med.
Herr **Alfred Weiss**, cand. med.

Königsberg i. Pr.
Druck von M. Liedtke, Vorder-Rossgarten No. 25.
1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0366

Seinem lieben Vater

und

seiner unvergesslichen Mutter

in treuer Dankbarkeit.

Schon seit einer Reihe von Jahren sind die hervorragendsten Kräfte der medizinischen Wissenschaft bestrebt gewesen, ein wirksames Mittel gegen die Eklampsie, diese furchtbare Komplikation der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, zu finden. Lange Zeit war dieses Bestreben nur von wenig Erfolg begleitet. Es war zwar eine Menge von Heilmethoden angegeben und mit grossem Enthusiasmus angepriesen worden, kamen aber wirklich ernste und schwere Fälle in Behandlung, so liessen sie uns sämmtlich im Stich und der Arzt stand rathlos dieser gefährlichen und gefürchteten Krankheit gegenüber.

Hören wir, was Löhlein im Jahre 1881 in seinen „Bemerkungnn zur Eklampsiefrage II. Folge" (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, VI. Band) darüber sagt:

„Wer in schweren Fällen wiederholt mit aller Genauigkeit und Hingebung die bewährtesten Heilmethoden ohne Erfolg angewandt hat, verzweifelt gerade dieser Krankheit gegenüber leicht am Werthe jeglicher Therapie, ja aller unserer Kenntniss von ihrem Wesen überhaupt. Gerade am Krankenbett unaufhaltbar verfallender Eklamtischer beschleicht den Arzt leicht jene trübe Stimmung des Goetheschen Faust, in welcher ihm glücklich und beneidenswerth erscheint,

. . . . wer noch hoffen kann,
Aus diesem Meer des Irrthums aufzutauchen."

Vor mehr als $1^1/_2$ Jahrzehnten hat Löhlein dieses geschrieben, und auch heute noch ist es nicht viel anders geworden. Hier kämpft man mit diesen, dort mit jenen Waffen gegen die eklamptischen Anfälle, und noch immer ist keine Einigung über die wirksamste Therapie zu erzielen. Dennoch glaube ich, dass seit einigen Jahren ein bedeutender Fortschritt in dieser Frage angebahnt worden ist.

Nach langem Kampfe hat man sich jetzt wenigstens darüber geeinigt, dass bei Eklamptischen, sobald der Muttermund vollkommen eröffnet ist, die Geburt so schleunig als möglich mit den uns zu Gebote stehenden Mitteln beendigt werden muss.

Wie aber haben wir uns zu verhalten, wenn bei vollkommen oder theilweise erhaltener Portio und geschlossenem Muttermund heftige eklamptische Anfälle bestehen? Wissen wir doch, dass gerade die Eklampsie ante partum einschliesslich der Schwangerschaftseklampsie die gefährlichste Form dieser Krankheit darstellt, so dass hier schleunige Hilfe am meisten Noth thut. Sollen wir da ruhig unter Anwendung innerer Mittel abwarten, bis nach Tagen, Wochen oder gar Monaten die natürliche Eröffnung des Muttermundes erfolgt, oder sollen wir auch hier die Therapie anwenden, welche bei eröffnetem Muttermunde bereits allgemein zugestanden wird: „Sofortige Beendigung der Geburt“?

Diese Frage hat in den letzten Jahren einen heftigen Streit angefacht, und schroff stehen sich auch heute noch bei der Behandlung der Eklampsie ante portum zwei ihrem Wesen nach ganz verschiedene Methoden gegenüber.

Die expektative Methode sucht, während sie die natürliche Eröffnung des Muttermundes abwartet, die Eklempsie auf Grund der Aetiologie, die auch heute noch so wenig bekannt ist, zu bekämpfen. Diuretica, Diaphoretica, Bäder, Einwickelungen etc. gehen mit gutem Erfolg der bestehenden Nephritis zu Leibe, durch Aderlass und subkutane Injektion von Kochsalzlösung sucht man dem Blut die toxischen Bestandtheile zu entziehen, die Sedativa und die portrahirte Chloroformnarkose sollen wiederum die leichte Erregbarkeit des Nervensystems herabsetzen. Hier hilft mehr dieses, dort mehr jenes Mittel, und es ist zweifellos, dass es gelungen ist, bei einer derartigen Behandlung, wenn sie zeitig und zweckmässig eingeleitet wurde, die früher so ungeheure Sterblichkeit der Mütter und Kinder bei Eklampsie ante partum bedeutend herebzusetzen. Dieses ist immerhin ein anerkennenswerther Erfolg der expektativen Methode, der nicht übersehen werden

darf. Allein wir müssen doch zugeben, dass wir bei dieser Art der Behandlung grösstentheils im Dunkeln umhertappen, so lange die Aetiologie dieser Krankheit unbekannt bleibt. Wir wissen ja gar nicht, welche von all den Krankheitserscheinungen bei Eklampsie die Ursache und welche die Wirkung der Erkrankung ist, ob z. B. die Intoxikation des Blutes und Körpers durch Nephritis verursacht wird oder ob es sich umgekehrt verhält. Vielleicht sind schliesslich beides nur Wirkungen der gleichen, noch unbekannten Ursache.

Es bricht sich heute immer mehr die Erkenntniss Bahn, dass die Eklampsie keine einheitliche Krankheitsform darstellt, sondern sowohl durch diese als auch durch jene Ursachen hervorgerufen werden kann.

Eines jedoch steht fest, dass überall die Prädisposition für die Eklampsie durch die Schwangerschaft gegeben ist, und darauf baut sich die zweite Methode auf, welche die sofortige Beendigung der Schwangerschaft sei es auf blutigem, sei es auf unblutigem Wege anstrebt. Wir wollen diese Methode der Kürze wegen als aktive bezeichnen, ein Ausdruck, der meines Wissens zuerst von Zweifel angewandt worden ist. Sie hat vor der expektativen Methode zunächst das voraus, dass sie sich auf Thatsachen aufbaut, die bereits allgemein anerkannt sind. Dieses sind im Wesentlichen folgende:

I. Die Prognose ist bei Eklampsie um so ungünstiger, je grösser die Zahl, je länger die Dauer und je schneller die Aufeinanderfolge der einzelnen Anfälle ist, d. h. für die Theraphie ausgedrückt: Die Aussichten für die Schwangere oder Kreissende sind am günstigsten, wenn es uns gelingt, gleich nach dem ersten ärztlich festgestellten eklamptischen Anfalle durch eine möglichst ungefährliche Methode alle weiteren Anfälle zu unterdrücken oder doch möglichst abzuschwächen.

Einen Beweis für die Richtigkeit dieses Satzes brauche ich wohl kaum anzuführen, da er in der Literatur bereits oft genug geführt und fast allgemein bestätigt worden ist. Trotzdem kann ich es mir nicht versagen, folgende Tabellen hier

wiederzugeben, welche von Schauta in seinen „Beiträgen zur Lehre von der Eklampsie“ (Archiv für Gyn. Band XVIII 1881) veröffentlicht worden sind. Sie zeigen auf's Deutlichste das Verhältniss der Prognose für Mutter und Kind zu der Zahl der vorausgegangenen Anfälle:

I.

Zum Vergleich der Anzahl der Paroxysmen mit dem Ausgange für die Mütter.

Zahl der Anfälle	Fälle	Geheilt	Transferiert	Revers	+	Mortalität
— 10	152	112	4	—	36	23,6 %
11 — 20	62	37	8	—	17	27,4 %
21 — 30	24	9	2	1	12	50 %
31 — 40	17	4	—	—	13	76,4 %
41 — 50	5	1	1	—	3	60 %
51 — 60	3	—	—	—	3	100 %
61 — 70	—	—	—	—	—	—
71 — 80	1	—	—	—	1	100 %

II.

Zum Vergleich der Zahl der Anfälle mit dem Ausgange für die Frucht.

Zahl der Konvulsionen	Fälle	Lebend Zahl	Tod Zahl	Tod %
— 5	105	93	12	11,4 %
6 — 10	34	26	8	23,5 %
11 — 20	32	21	11	34,3 %
21 — 30	6	2	4	66,6 %
30 — 40	1	—	1	100 %

II. Die Prognose für Mutter und Kind ist ceteris paribus um so günstiger, je länger der Zeitraum zwischen dem ersten eklamptischen Anfalle und der zu erwartenden Geburt ist.

Dieser Satz wird schon von Löhlein in der oben erwähnten Arbeit angeführt und auch späterhin vielfach bestätigt.

III. Nach Beendigung der Geburt hören die eklamptischen Anfälle in der weitaus grössten Zahl der Fälle auf, bei einer kleineren Zahl der Fälle dauern sie in abgeschwächter Form fort, man könnte dieses gewissermassen als ein Abklingen der Anfälle bezeichnen. Endlich bleibt noch eine ganze Anzahl von Fällen übrig, in welcher auch nach Beendigung der Geburt die eklamptischen Anfälle ungeschwächt oder sogar verstärkt fortbestehen und zum exitus letalis führen. —

Dieser Satz ist für die Therapie der weitaus wichtigste. Er ist früher vielfach bezweifelt und bestritten worden, in den letzten Jahren aber in so überzeugender Weise durch viele Statistiken nachgewiesen worden, dass er jetzt wohl zu allgemeiner Anerkennung gelangt ist. Namentlich ist es ein hervorragendes Verdienst von Dührssen, diesem so wichtigen Satze allgemeine Geltung verschafft zu haben. Es würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, wollte ich näher darauf eingehen. Nur eines möchte ich hier nicht unerörtert lassen. Mir scheint es nur ganz natürlich zu sein, dass in einzelnen Fällen auch selbst die Beendigung der Geburt ein Aufhören der Eklampsie nicht bewirken und den tödtlichen Ausgang für Mutter und Kind nicht abwenden kann. Es sind dieses eben höcht wahrscheinlich Fälle, in denen durch die lange Dauer der Eklampsie und die vielen vorangegangensn Anfälle eine derartige Intoxikation, mindestens aber Schwachung des Organismus hervorgerufen ist, dass selbst die Beendigung der Geburt nichts mehr nützen kann. Weiss doch ein jeder, dass zuweilen auch die sorgfältigste Entfernung eines Eiterherdes das Leben des Patienten nicht mehr retten kann, wenn bereits der ganze Körper mit septischen Stoffen überschwemmt ist. Aehnlich wird es sich ja wohl auch bei der Eklampsie verhalten, wenn uns auch deren Aetiologie vollkommen unbekannt ist. Daher gilt hier vor allen Dingen das Wort: „Bis dat, qui cito dat.“ Nur schnelles, sofortiges Eingreifen kann in schweren Fällen etwas nützen.

Leider sind wir von dieser Vorbedingung, welche von der aktiven Methode unzertrennbar sein sollte, noch weit entfernt. Es ist schliesslich auch keinem Arzte zu verdenken,

wenn er bei dem ersten eklamptischen Anfalle, der vielleicht ein leichter ist, nicht gleich zu einer Operation schreitet, die immerhin noch als gefährlich gilt. Man wartet dann gewöhnlich so lange, bis die Symptome so bedrohlich werden, dass auch selbst die Angehörigen dringend ein energisches Einschreiten verlangen. Ob das aber nach dem, was wir heute von der Eklampsie wissen, noch gerechtfertigt ist, scheint mir mehr als zweifelhaft. Trotzdem wird es wohl noch eine Weile so bleiben, und als kühn müssen wir heute schon die Aerzte bezeichnen, welche überhaupt einen energischen Eingriff bei der Eklampsie wagen. Gleichwohl scheint die Zahl der Anhänger und Verfechter der aktiven Methode immer zahlreicher zu werden, und der einmal entfachte Streit immer heftiger zu entbrennen.

Um auch meinerseits einen kleinen Teil zur Klärung der Eklampsiefrage beizutragen, habe ich mich entschlossen, sämmtliche Fälle von Eklampsie ante partum, deren Behandlung und Verlauf mir aus der deutschen Literatur der letzten 10 Jahre bekannt geworden ist, zu sammeln und zum kritischen Vergleich hier anzuführen. Ich habe gerade die Eklampsie ante partum gewählt, weil diese, wie ja bekannt, die bei weitem gefährlichste ist, und weil gerade hier alles auf die richtige und zweckmässige Behandlung ankommt. Hier aber stehen wir augenblicklich den grössten Schwierigkeiten gegenüber, weil die höchsten Autoritäten noch keine Einigung darüber erzielt haben, ob wir die Eklampsie in diesem Stadium expektativ behandeln oder ob wir gegen sie aktiv vorgehen sollen, während man doch im Prinzip vollkommen einig ist, in welcher Weise die Eklampsie intra et post partum behandelt werden soll. Zur Lösung dieser Schwierigkeit etwas beizutragen, und wäre es auch nur ein sehr kleiner Theil, ist eine dankbare Aufgabe.

Ich bezeichne als Eklampsie ante partum nur die Fälle, in denen vor dem ersten eklamptischen Anfalle die Wehen noch nicht eingetreten sind. Ich habe mich im Ganzen streng an diese Erklärung gehalten und nur in einzelnen Fällen, bei denen bereits eine Eröffnung des Muttermundes begonnen

hatte, eine Ausnahme gemacht, weil sie mir einerseits wichtig genug schienen, hier angeführt zu werden, andrerseits aber der Unterschied nicht so schroff durchgeführt werden kann, da ja in allen Fällen, in denen die Eklampsie bei erst beginnender Eröffnung des Muttermundes einsetzt, wo also noch eine geraume Zeit bis zur normalen Geburt zu erwarten steht, namentlich bei Erstgebärenden, um die es sich ja meistens handelt, die gleiche Gefahr und Schwierigkeit der Behandlung besteht, wie bei noch uneröffnetem Muttermund.

Wenn ich es überhaupt wage, über die Behandlung der Eklampsie zu schreiben, obgleich auch gerade aus den letzten Jahren so hervorragende Arbeiten über dieses Thema vorliegen — ich erinnere nur an die Arbeit von Zweifel (Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895) — so geschieht dieses aus folgenden Gründen: Einerseits scheint mir die Zusammenstellung nur der Fälle, bei denen die Eklampsie vor der Geburt ausgebrochen ist, für die Beurtheilung der Wirkungen der einzelnen Behandlungsmethoden von der grössten Wichtigkeit zu sein und geeignet, neue Gesichtspunkte zu eröffnen, andrerseits ist das Material derartiger Fälle, die ich aus der Literatur der letzten 10 Jahre gesammelt habe, so zahlreich, dass ihre übersichtliche Zusammenstellung wohl allgemeines Interesse verdient.

Die Anregung zu dieser Arbeit haben mir 3 operativ behandelte Fälle aus der Praxis meines Bruders, Dr. Georg Friedemann, Stettin, gegeben, die mir gütigst zur Veröffentlichung überlassen sind. Auch an dieser Stelle sei es mir gestattet, dafür meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Da mir diese 3 Fälle zum Theil selbst näher bekannt sind, so will ich sie etwas ausführlicher darstellen und den übrigen voranstellen. Es handelt sich um eine sectio caesarea in viva und 2 Mal um tiefe Cervix- bezw. Scheidendamminzisionen nach Dührssen:

Fall 1.

Frau M., 26 J. I p., Postbeamtenfrau. Grosse, kräftige Person.

In der Nacht vom 26. zum 27. März 1890, Morgens 4 Uhr, wurde der Arzt gerufen, weil die Frau Krämpfe bekommen hatte. Patientin befand sich in tiefem Coma, das ab und zu von anfallsweise auftretenden klonischen Zuckungen unterbrochen wurde. Schnarchender Athem, Schaum vor dem Munde, erweiterte Pupillen. Die Angehörigen gaben an, dass die Frau schwanger war und in ca. 14 Tagen ihre Niederkunft erwartete. Die Untersuchung ergab den typischen Befund am Ende der Schwangerschaft: Kopflage, Muttermund vollkommen geschlossen, von Wehenthätigkeit nichts zu merken. Diagnose: Eklampsie ante partum.

Behandlung: Zunächst Morphiuminjektionen in grösseren Dosen, von Morgens früh 8 Uhr ab Chloral.

Der Morgens 10 Uhr per Catheter entnommene, äusserst spärliche Urin enthielt massenhaft Eiweiss. Die weitere Beobachtung zeigte, dass einerseits keine Wehen eintraten, andererseits aber der Zustand sich durchaus nicht besserte. Die Frau kam aus dem Coma nicht heraus und die Anfälle kehrten immer wieder. Die Zahl derselben war sehr gross, ist aber nicht mehr genau zu ermitteln. Der Puls der Mutter und die Herztöne des Kindes blieben den Tag über gut und kräftig, zeigten aber Abends 8 Uhr eine deutliche Verschlechterung. Da diesem bedenklichen Symptom gegenüber eine Aussicht auf spontane Besserung durchaus nicht vorhanden war, wurde bei gänzlich uneröffnetem Muttermund und stehender Blase der Kaiserschnitt beschlossen.

Operation am 27. März, Abends 10 Uhr, in tiefer Chloroformnarkose in der Wohnung der Patientin. Die Operation ging typisch ohne besondere Schwierigkeiten von Statten. Die Blutung beim Durchschneiden der Uteruswand war nur mässig, das rasch entwickelte Kind war bereits abgestorben. Die Placenta wurde leicht entfernt, der Uterus kontrahirte sich gut. Ausgiebige Dilatation des Cervikalkanales mit dem Finger für den Sekretabfluss. Rascher Schluss der Uterus- und Bauchwunde.

Der Zustand der ziemlich stark kollabirten Frau besserte sich zunächst erheblich, nachdem es gelungen war, ihr etwas

Champagner löffelweise beizubringen. Die Anfälle kehrten garnicht wieder. Am 28. früh wurden per Catheter wieder ca. 50,0 g Urin entleert, der erheblich weniger Eiweiss enthielt. Der Puls war jetzt wieder deutlich fühlbar und die Patientin reagirte wieder auf starkes Anrufen und Hautreize. Gegen Abend aber wurde der Puls wieder schlechter und das Coma tiefer. Am 29. März früh 6 Uhr exitus letalis.

Anmerkug des Operateurs: Es ist zweifellos, dass das sehr ungünstige Resultat durch rascheren Entschluss hätte gebessert werden können, wenigstens durch Rettung des Kindes. Es war aber damals die sectio caesarea in viva wegen Eklampsie eine doch nur sehr vereinzelt ausgeführte und in ihren Indikationen stark angegriffene Operation. Sie wurde daher vorwiegend aus dem Grunde beschlossen, weil sie wohl in mortua ohnehin hätte ausgeführt werden müssen und daher bei der sonst rettungslos Verlorenen als ultimum refugium versucht werden konnte.

Fall 2.

Frau B., 26 J., Telegraphenmonteurfrau, Ip. In Behandlung genommen am 13. VII. 96 wegen Nephritis gravidarum. Sie hatte starke Oedeme und litt an mässigen Kopfschmerzen. Urin enthielt viel Eiweiss, ca. $^1/_4$ Vol. im Reagensglase. Sie wurde sofort in strenge Behandlung genommen. Milchdiät. Kal. acet. Am 17. VII. Nachmittags erhielt sie ein Schwitzbad mit nachfolgender Einwickelung. Gleich nach dem Bade hatte sie sehr heftige Kopfschmerzen, die sie nicht wieder verliessen. Am 18. früh 6 Uhr erster eklamptischer Anfall. Sofort Morphium in grossen Dosen, Eisblase auf den Kopf. Um $10^1/_2$ Uhr Vormittags war der Zustand nicht gebessert, häufige eklamptische Anfälle, ununterbrochenes Coma, weite Pupillen. Puls gut und kräftig. Das Kind in Schädellage, Kopf auf dem Beckeneingang, beweglich. Muttermund gänzlich geschlossen, die Portio noch nicht vollkommen verstrichen. Gar keine Wehenthätigkeit, obgleich rechnungsgemäss die Geburt in den nächsten Tagen vor sich gehen sollte. Morphiuminjection. Um 2 Uhr Nach-

mittags Befund unverändert. Die Anfälle folgen sich Schlag auf Schlag. Keine Wehen, keine Erweiterung des äusseren Muttermundes. Der Puls der Frau wird frequenter, ca. 110; kindliche Herztöne gut.

Operation $2^1/_2$ Uhr Nachmittags in tiefer Chloroformnarkose. Scheidendammincision nach Dührssen durch den levator ani hindurch, ziemlich starke Blutung, mehrere Unterbindungen. 4 Cervixincisionen, die im Spekulum unter Leitung des Gesichtssinnes gemacht werden. Es wird jedes Mal die zu durchschneidende Stelle mit zwei Kugelzangen fixirt und zwischen denselben geschnitten. Da die Portio und auch der supravaginale Theil noch nicht ganz verstrichen, gelingt die Eröffnung nicht ganz vollkommen. Eingehen mit der ganzen Hand, Wendung und Extraktion. Dieselbe wird äusserst langsam und schonend ausgeführt, um der Cervix Zeit zur Dehnung zu geben. Die Lösung der Arme gelingt leicht, die Entwickelung des Kopfes sehr schwer. Das Kind, asphyktisch, wird mühsam wiederbelebt durch Schulze'sche Schwingungen. Die Nachgeburt wird durch Crédé entfernt. Ein Weiterreissen der Cervixschnitte ist nicht zu konstatiren. Die vaginale Wunde wird mit fortlaufender Catgutnaht, die Dammwunde mit tiefgreifenden Seidensuturen geschlossen.

Patientin ist nicht kollabirt. Puls schnell aber kräftig. Zunächst hörten die Krampfanfälle auf, die Kranke blieb aber noch stark somnolent. Am 20. Juli früh traten zwei neue Krampfanfälle auf, gegen die wiederum Morphium gereicht wurde. Schwitzbäder 3 pro die. Per os nur Milch und Champagner. Währrnd der Badebehandlung sehr starke Schweissabsonderung und allmähliches Ansteigen der Urinmenge. Das Befinden bessert sich. Sensorium wurde freier. keine Krämpfe. Die Rekonvaleszenz wurde durch einen Blasenkatarrh (Catheter) etwas gestört, im Uebrigen rasche Besserung. Wunde per primam geheilt. Patientin steht nach 14 Tagen auf, das Kind gedeiht gut.

Ende September stellte sich Patientin nach vierwöchentlichem Badeaufenthalt wieder vor, und es wurde folgender Schlussbefund gemacht: Allgemeinzustand gut, keine Be-

schwerden. Der Introitus klafft nicht mehr, als es der Norm entsprechen würde. Rechts von der Mittellinie zieht eine feine, lineäre Narbe schräge nach rechts und hinten hin bis über die Linie hinaus, welche das tuber ischii mit dem rectum verbindet. Als Verlängerung dieser Narbe zieht eine gleiche an der Grenze zwischen hinterer und seitlicher Wand des Scheidenrohres bis dicht an das Scheidengewölbe heran. Nirgends sieht man stärkere Narbenbildungen. Die ganzen Dammgebilde erscheinen daher fest und derb wie in der Norm. An der Portio vaginalis sieht und fühlt man die Einschnitte gut überhäutet und vernarbt. Die Harnuntersuchung ergiebt eine Eiweissmenge von 0,5 $^0/_{00}$ Esbach. Im Sediment spärliche hyaline Cylinder.

Fall 3.

Frau R., Kaufmannsfrau, 30 J. Ip. Bereits am Ende der Gravidität Oedeme. Die Urinuntersuchung ergab anfangs mässige, später steigende Eiweissmengen. In den letzten 14 Tagen fast absolute Milchdiät. 3 Schwitzbäder wöchentlich. Trotzdem steigt die Eiweissmenge an, zulutzt $^1/_2$ Vol. im Reagensglase. Beginn der Geburt am 2. Februar 1897 abends spät 8 Uhr. Verlauf sehr schleppend, Wehen schmerzhaft ohne rechte Wirkung. 3. Februar mittags Morphiuminjektion, darnach etwas Ruhe. Abends 7 Uhr Wehen wieder vorhanden, Orificium zweimarkstückgross, Portio verstrichen. Patientin klagt über heftige Kopfschmerzen und Sehstörungen. 8 Uhr abends erster Krampfanfall, recht heftig. Es wird sofort die Operation beschlossen, bis zur Ausführung derselben erfolgen noch 3 weitere Anfälle.

Operation 3. Februar abends $9^1/_2$ Uhr. Tiefe Chloroformnarkose, strenge Asepsis. Scheidendamminzision auf der rechten Seite. Die cervix wird nach 4 Seiten hin bis ans Scheidengewölbe durchschnitten bei zweimarkstückgrossem Muttermund. Die Inzisionen werden wiederum unter Leitung des Gesichtssinnes und unter Fixirung der Muttermundslippen mit Kugelzangen ausgeführt. Der bereits in der Beckenweite stehende Kopf wird durch Forceps ohne grössere Schwierigkeit ent-

wickelt. Trotzdem tiefe Asphyxie des Kindes, die nur mühsam durch Schulze'sche Schwingungen gehoben wird. Placenta per Crédé entfernt. Die Cervixinzisionen werden nicht genäht. Die Scheidenwunde wird durch fortlaufende Catgut-, der Damm durch tiefgreifende Seidennähte geschlossen. Patientin ist nicht kollabiert. Puls kräftig.. Der weitere Verlauf war äusserst günstig. Kein Krampfanfall. Bereits am andern Morgen freies Sensorium. Die Urinsekretion stellte sich schnell wieder her, der Eiweissgehalt liess schnell nach. Nach 14 Tagen steht Patientin auf.

Befund Mitte April: Frau gesund und blühend. Urin ohne Eiweiss. Von den 4 Cervixinzisionen ist die rechte ein klein wenig weiter gerissen. Daselbst eine mässige, schmerzlose Narbe. Damm und Scheide vollkommen normal. Das Kind ist gut gediehen.

Nach der Schilderung dieser 3 Fälle, die sämmtlich nach der aktiven Methode behandelt worden sind, und zwar die beiden letzten mit äusserst günstigem Erfolg für Mutter und Kind, führe ich nun in aller Kürze, soweit es für die Zwecke dieser Arbeit von Wichtigkeit ist, sämmtliche mir bekannt gewordenen Fälle von Eklampsie ante partum aus der deutschen Literatur der letzten 10 Jahre an:

I. Aktive Methode.

A. Kaiserschnitt.

Fall 4.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1896. Verhandlung der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München, 17.—19. Juni 1886) Stumpf, München, erwähnt einen Fall von typischer Eklampsie am Anfang des 10. Monats. Kaiserschnitt in Agone. Exitus letalis. — Weitere Angaben fehlen.

Fall 5 bis Fall 10 incl.

(Centralbl. für Gyn. 1890. Verhandlungen des X. internationalen Kongresses zu Berlin 4.—9. Aug. 1890). Halbertsma, Utrecht, führt sechs Fälle an, in denen bisher in Holland

wegen Eklampsie der Kaiserschnitt gemacht wurde. Nur in einem Falle, wo die Operation in ultimo stadio stattfand, und keine Naht angelegt wurde, ist die Frau gestorben. Von den 6 Kindern ist nur 1 bald nach der Geburt gestorben, das im Anfang des 8. Lunarmonates geboren wurde. Unter 5 Fällen, wo die Konvulsionen bis zur Geburt heftig waren, sind nur in einem Falle 3 leichte Attacken vorgekommen. Die eingreifende Operation veranlasste nicht nur keine neuen Konvulsionen, sondern machte den vorhandenen prompt ein Ende.

Fall 11.

Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1892. Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkolgie zu Berlin 8 Jan. 1892. Van der Mey theilt einen Fall mit, in welchem er wegen Eklampsia gravidarum den Kaiserschnitt machte mit glücklichem Erfolg für Mutter und Kind. Junge Ip., siebenter Monat. Allgemeine Oedeme, starker Ascites. Bewustsein aufgehoben. Harn: Sehr viel Eiweis und geformte Elemente. Nasse Einwickelungen, subkutane Morphiuminjektion. Zunehmde Intensität und Dauer der Anfälle. Portio vaginalis ganz erhalten. Muttermund völlig geschlossen. Durch sectio caesarea wird ein lebendes Kind entwickelt, das noch fünf Tage lebte. Nach der Operation keine weiteren Anfälle. Glatter Verlauf. Oedeme verschwanden schnell.

Fall 13.

Im Anschuss an den vorigen Fall berichtet van der Mey noch über eine zweite sectio caesarea wegen Eklampsie, die von seinem Assistsnten van de Poll in seiner Abwesenheit ausgeführt wurde. Der Ausgang war letal. Ip., am Ende der Gravidität wird bewusstlos in die Anstalt gebracht. Es traten schwache Wehen auf. Muttermund fast ganz geschlossen, Portio vaginalis erhalten. Subkutane Morphiuminjektionen. Nach 11 Anfällen wird die sectio caesarea gemacht. In 20 Minuten war die Operation beendet. Circa 5 Stunden später ein neuer Anfall. Weitere Morphiumeinspritzungen. Trotzdem weitere Anfälle. Im 22. Anfalle erfolgt der exitus letalis.

Fall 14.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1892. Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin 8. Jan. 1892.) Czempin führt einen Fall von Kaiserschnitt bei Eklampsie an mit ungünstigem Ausgang: Ip., 29 J., Beginn des 10. Monates. Patientin wird nach vielen Anfällen in die Klinik gecracht. Sie war vollkommen komatös, hörte auf Anrufen nicht, schluckte

nicht und hatte seit ca. 24 Stunden keinen Urin mehr gelassen. Puls klein, frequent. Röchelndes Athmen, auf der ganzen Lunge grossblasiges Rasseln. Oedeme. Harn eiweisshaltig. Cervix vollkommen erhalten. Nach etwa acht Stunden hatte sich das Lungenödem und der Puls so verschlechtert, dass das Ableben in einigen Stunden zu erwarten war. Daher Kaiserschnitt. Kind bereits ca. 24 Stunden abgestorben. Die Frau erholte sich zunächst so weit, dass die Schluckfähigkeit sich wieder einstellte. Das Lungenödem liess nach, steigerte sich dann aber. Exitus letalis.

Fall 15 bis Fall 17 incl.

(Wiener klin. Wochenschrift 1892 No. 37). Wertheim erwähnt drei Fälle von Kaiserschnitt bei Eklampsie, davon wurden zwei von ihm an Schauta's Klinik in Prag, der 3. von Schauta in Wien ausgeführt. In allen drei Fällen war die sectio caesarea lebensrettend für Mutter und Kind. (Das dritte nicht lebenfähige Kind starb am 3. Tage.) In einem Falle trat nach der Operation kein Anfall ein, in einem anderen 38 Stunden post operationem zwei leichte Attacken und nur im dritten hielten noch ca vier Stunden lang die Anfälle, wenn auch bedeutend gemildert, an, aber bei allen kehrte das verlorene Bewusstsein bald zurück, die Respiration wurde ruhig und gleichmässig, das Rasseln verlor sich und die Temperatur sank bis zur Norm. (Weitere Angaben fehlen).

Fall 18.

(Archiv für Gyn. Bd. XLII. Jahrg. 1892.) Dührssen: „Ueber die Behandlung der Eklampsie."

Es wird folgender Fall von sectio caesarea bei Eklampsie ante partum, von Prof. P. Müller ausgeführt, mitgetheilt: Schmid, 26 J., Ip., bewusstlos in die Klinik gebracht. Vorher 12 Anfälle. Puls klein. Urin sehr stark eiweisshaltig. Herztöne der Frucht nicht hörbar. Vaginalportion erhalten. Muttermund für einen Finger durchgängig. Vollbad, hierauf Kaiserschnitt. Der dem achten Monat entsprechende Fötus war abgestorben, aber nicht mazerirt. Frau bewusstlos. Ergotin. Aether, Salzwassertransfusion. Puls bessert sich etwas, wird dann aber immer schlechter. Circa 20 Stunden nach der Operation Exitus. Die Sektion ergiebt als Todesursache eine grosse Hirnhämorrhagie, welche in Folge der Konvulsionen entstanden war, wahrscheinlich schon vor Einbringung in die Klinik (Dührssen).

Fall 19.

In der gleichen Abhandlung erwähnt Dührssen einen zweiten Fall von sectio caesarea bei Eklampsie a. p. (veröffentlicht von Reijenga). IV para wird vier Wochen ante terminum von Eklampsie befallen. Vier Stunden hindurch zahlreiche Anfälle. Darauf wird Patientin mit beginnendem Lungenödem im Coma in die Klinik gebracht. Kindliche Herztöne sehr schwach. Blase gesprungen. Cercicalkanal für zwei Finger durchgängig. Nach zwei weiteren von Reijenga beobachteten Anfällen Kaiserschnitt. Drei Stunden post operationem kehrt das Bewusstsein zurück. Weiterer Verlauf günstig. Das asphyktische Kind starb $^1/_4$ Stunde nach der Geburt.

Fall 20.

Archiv für Gyn. Bd. LI. 1896. Schreiber: „Ein Beitrag zur Statistik der Eklampsie.“) 39jährige IV para. Erster Anfall 14 Tage ante partum. Einleitung der künstlichen Frühgeburt, Bougie. Im Ganzen 31 Anfälle, davon 10 vor, 21 nach der Entbindung. Sectio caesarea sec. Porro. Die Anfälle waren nach der Operation stärker. Das Kind, Mädchen, frühgeboren, konnte nicht wiederbelebt werden. Die Mutter starb 18 Stunden post operationem. Eiweiss 0,12 bis 0,19 %.

B. Operationen, welche die schleunige Eröffnung des Muttermundes durch Kunsthilfe bezwecken.

Dazu rechne ich in erster Linie tiefe Cervixinzisionen nach Dührssen, ferner Einlegen des Colpeurynters, eventuell künstliche Frühgeburt.

Fall 21.

(Beilage zum Centralbl. für Gyn. 1890, Verhandlungen des X. internationalen Kongresses zu Berlin vom 4. bis 9. August 1890). Dührssen: I p., 23 J. Hinter einander 9 Anfälle. Muttermund für 1. Finger durchgängig, die supravaginale Partie eröffnet. Kopf im Beckeneingang. Sechs tiefe bis zum Scheidenansatz geführte Cervixincisionen. Zange. Kleine Introitusincisionen. Post partum noch zwei leichte Anfälle. Normales Wochenbett. Kind gut gediehen.

Fall 22—25 incl.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 92, Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin, 8. Januar 1892). Dührssen bespricht einen von Carsten operirten und drei eigene Fälle.

Bei allen vier Fällen war bei verstrichener supravaginaler Partie der Cervix der Muttermund nur für einen Finger durchgängig. In dem ersten Falle waren neun Anfälle rasch auf einander gefolgt, der zehnte wurde durch die Narkose abgeschwächt. Im zweiten Falle lag die Kreissende nach wenigen Anfällen in tiefem Coma. Puls 150, kaum fühlbar. Im dritten Falle waren bei einer 41 jährigen I para nach mehrtägigem Kreissen zwei Anfälle aufgetreten und die kindlichen Herztöne im Verschwinden. Im vierten Falle zuerst Amaurose, dann erster eklamptischer Anfall. In allen 4 Fällen wurde die Entbindung mittelst tiefer Cervixincisionen rasch, d. h. mit 1 bis 2 Incisionen durchgeführt. Drei Mal Damm- bezw. Scheidendammincision. Jedes Mal hörte die Eklampsie, in dem einen Falle auch die Amaurose mit der Entbindung auf. Sämmtliche Mütter genasen. Von den Kindern starb eines in Folge der schon vorher vorhandenen Asphyxie.

Fall 26.

(Münchener med. Wochenschr.). F. Merkel schildert einen Fall von Eklampsie, in welchem nach Anwendung von Morphium und Chloroform zwei tiefe Cervixincisionen nach Dührssen gemacht wurden. Hieran anschliessend Forceps, Zwillinge lebend. Wochenbett fieberfrei.

Fall 27.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 95). Dr. Woyer veröffentlicht folgenden Fall aus der Klinik des Prof. Schauta in Wien: I para, 30 J., bewusstlos in die Klinik gebracht. Vorher zwei Krampfanfälle. Typischer eklamptischer Anfall. Aeusserst bedrohliche Symptome von Herz und Lunge. Portio erhalten. Aeusserer Muttermund und Cervix, welche über $2^1/_2$ cm lang war, für einen Finger eben durchgängig. Vierter Anfall. Bedrohliche Erscheinungen. Intrauterine Colpeuryse. Wendung und Extraktion. Die ganze Entbindung dauert $^1/_2$ Stunde. Mutter genesen. Kind befand sich in den ersten Stunden post partum vollkommen wohl, bekam dann mehrere eklamptische Anfälle, an denen es starb.

Fall 28.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1886. Johnson, Washington: „Ein Fall von künstlicher Frühgeburt bei Eklampsie.")

Nachdem alle bedrohlichen Erscheinungen sich derartig gesteigert hatten, dass Gefahr für Mutter und Kind eintrat, wird am 25. Januar die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Das normale Ende der Schwangerschaft war auf Anfang März

berechnet. Auf ein starkes Laxans tritt wieder Erwarten Berstung der Blase ein. Linke Schreitellage. Es gelingt, den Muttermund mittelst der Finger zu erweitern. Oedeme des Gesichts. Benommenheit des Sensorium. Keine Wehen. Anlegen der Zange an hochstehendem Kopf und Entwickelung eines lebenden Kindes. Keine Blutung, normales Wochenbett.

Fall 29.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1886. Poskin, Journ. d'accouch. 1885. No. 14). IIpara, im 9. Monate schwanger. Oedeme. Kopfschmerzen, Erbrechen, dann alle 10 Minuten eklamptische Anfälle. Coma. Venaesectio. Chloral. Da Muttermund dilatabel, Extraktion einet abgestorbenen Kindes mit der Zange. Heisse intrauterine Injektionen. Coma dauert fort. Die eklamptischen Anfälle cessiren mehrere Stunden, dann ein sehr heftiger, während dessen der Exitus erfolgt.

Fall 30 bis 32 incl.

(Centralbl. für Gyn. 1891.) Haultain, Edinb. med. journ. 1891. August:

In 3 Fällen von Eklampsie in der Schwangerschaft wurde diese durch Accouchement forcé beendet. In allen 3 Fällen günstiger Erfolg für Mutter und Kind.

Fall 33.

(Centralbl. für Gyn. 1895.) Prof. Dr. A. v. Gubaroff in Dorpat; Am Ende des 7. Monates äusserst kurz nach einander folgende Anfälle. Muttermund für $1^1/_2$ Finger durchgängig, keine Wehen. Barnes'sche Gummidilatatoren, künstliche Frühgeburt. Entbindung durch die Zange Kind todt. Anfälle dauern post partum fort. Athmung schwer, rasselnd. Aderlass. Plötzliche Besserung. Mutter genesen.

Fall 34.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Hoffarth, 28 J., Ip., 10. Mon., Kind starb während der Anfälle. Anfälle 3 in toto. Zeitpunkt des Ausbruches: in gravididate, 10. Mon. Aus der Poliklinik. 14 Tage Kopfschmerzen und geschwollene Beine. 3 Anfälle vor Beginn der Einleitung der Geburt. Zuerst Laminaria, dann Tarniersche Blase. Mutter lebt, fieberfrei entlassen 11 Tage post partum. Kind gestorben während der Anfälle.

Fall 35.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Fister, 18 J., Ip. 10 Mon., Kind starb während der Anfälle. Becken allgemein verengt, platt.

Anfälle in toto 8, in 5 Stunden, 1—1½—2 Min. dauernd. Zeitpunkt des Ausbruches: Anfälle ohne Wehen. Harn ¼ Vol. Eiweiss. Puls zuerst 96 kräftig, später 140, hart und gespannt. Oedeme. Morphium. Chloroform. Vor dem Eintritt 2 Anfälle. Sensorium leicht benommen, Entbindung coram clinicum. Dührssensche Cervixinzisionen, Perforation, Cephalothrypsie, Dührssensche Tamponade. Nach der Entbindung kein Anfall. Wochenbett fieberfrei.

Fall 36.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47.) Zweifel: Ballin, 34 J. IVp. 8 Mon., Kind lebt. Zeitpunkt des Ausbruches: Vor den Wehen. Harn stark eiweisshaltig. 1 Anfall. Einleitung der Frühgeburt mit Laminaria und Gummiblase. Mutter und Kind lebend entlassen.

Fall 37.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Knorrscheid, 21 J., Ip., 9 Mon., I. Steisslage, Kind starb. Anfälle: 6 in toto. Harn eiweisshaltig. Puls 68. Aus der Poliklinik. 2 Anfälle in der Klinik. Nach dem zweiten Entwickelung des todten Kindes nach Cervixinzisionen. Morphium und Chloroform vor der Entbindung. Cervixinzisionen nach Dührssen. Mutter lebend entlassen nach 13 Tagen.

Fall 38.

(Centralbl. für Gyn., Jahrg. 1895 Nr. 47) Zweifel: Otto, 19 J., Ip., 10. Mon., II. Steisslage, Becken gleichmässig verengt. Anfälle: in toto 16. Der äussere Muttermund für einen Finger durchgängig. Harn wenig Eiweiss. Puls frequent und unregelmässig. Muttermund durch Gummiblasen, dann durch Incisionen erweitert. Kind lebend. Blutung gering, Nach der Geburt noch 10 Anfälle. Nach den Anfällen starkes Rasseln. Venaesectio. Besserung. 27. Februar. Urin eiweissfrei. Genesen.

Fall 39.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 Nr. 47) Zweifel: Schorig, 36 J., Ip., 9. Mon., Kind gestorben. Anfälle: in toto 17, bis zur ersten Untersuchung 9. Zeitp. des Ausbruches: Ohne Wehen. Harn stark eiweisshaltig. Puls 110, während der Anfälle 160—172. Bei der ersten Untersuchung steht die Portio noch ½ cm lang. Narkose, Colpeurynter, Dührssen'sche Incisionen. Kombinirte Wendung. Nabelschnur vorgefallen. Kind dyspnoisch, stirbt bald nachher. Blutung gering. Nach der Entbindung noch 5 Anfälle.

Nachblutung. Uterustamponade. Wegen Anämie subkutane Kochsalzinfusion. Glatte Rekonvaleszenz.

Fall 40.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 Nr. 47), Zweifel: Windisch, 19 J., Ip. 9 Mon., Kind gestorben. Anfälle: in toto 39. Zeitp. des Ausbruches: in graviditate. Harn stark eiweisshaltig. Puls 140. Colpeurynter, Cervixincisionen nach Dührssen. Kombinirte Wendung. Kind stirbt bei der Wendung ab, daher Perforation des nachfolgenden Kopfes. Uterustamponade mit Jodoformgaze. Vor der Geburt drei Anfälle. Kurz nach der Geburt vierter Anfall. Die Anfälle folgen dann sehr rasch. Aderlass. Nach drei Tagen kehrt das Bewusstsein zurück. Genesen.

Fall 41.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 Nr. 47). Zweifel: Hering, 20 J., Ip., 9. Mon. Kind lebt. Anfälle: in toto 15, davon 6 vor der Geburt. Zeitp. des Ausbruches: ante part. Harn sehr eiweisshaltig, erstarrt beim Kochen. Puls 84. Morphium. Portio vagin. noch $^1/_2$ cm lang, äusserer Muttermund geschlossen. Dilatatorien, Gummiblase (modifizirte Tarnier). Am nächsten Tage Wehenbeginn. Keine Herztöne zu hören. Nach der Entbindung 9 weitere Anfälle. Venaesectio. Nach vier Tagen das Bild der schwersten Melancholie, aber vollkommen fieberfrei.

Fall 42.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Merkel, 20 J., Ip., 7 Mon., Kind gestorben. Harn eiweisshaltig. Kam wegen Eklampsie in die Anstalt, ungefähr $^1/_2$ Stunde später wieder ein Anfall. Hegars Dilatatorien, Gummiblase, Colpeurynter, dann Dührssen'sche Incisionen. Forceps. Der Kopf folgt nicht. Keine Herztöne mehr. Perforation, Extraction. Naht der Cervixrisse. Jodoformgazetamponade des Uterus. Kein Anfall mehr. Am nächsten Tage bei Besinnung.

Fall 43.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Zimmer, 26 J., Ip., 7 Mon., Kind lebt. Anfälle: in toto 6, alle vor der Geburt. Zeitp. des Ausbruches: in graviditate ante partum. Harn erstarrt beim Kochen fast vollständig. Puls 120. Eine Stunde nach Ankunft im Institut Narkose. Muttermund geschlossen. Dilatatorien, Dührssensche Incisionen. Wendung auf den Fuss, Extraktion. Kein Anfall mehr.

Genesen. Wegen Blutung mussten die Cervixincisionen genäht werden.

Fall 44.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Hellmeister, 21 J., Ip., 7 Mon., Kind gestorben. Anfälle in toto 19. alle vor Vollendung der Geburt. Sehr schwere Eklampsie. drei Anfälle ohne Wehenthätigkeit. Zeitp. des Ausbruches: ante partum. Harn eiweissreich. Puls 130. Hohes Fieber. Ohne eine vorausgegangene Wehenthätigkeit wurde die Geburt durch Aufschneiden vollendet. Zwei Mal die Incisionen gemacht. Keine Blutung nachher. Keine Anfälle mehr. Genesung. Kind kam todt.

Fall 45.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Schäfer, 19 J., Ip., :6 Mon., Kind gestorben. Zeitp. des Ausbruches; Ohne Wehen. Harn eiweisshaltig. Puls frequent, unregelmässig. Patientin brach vor ihrer Wohnung in Krämpfen zusammen. Polizeiwache. Krankenhaus, dann Klinik. Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig. Zwei tiefe Cervixeinschnitte. Entbindung. Starke Blutung aus den Cervixschnitten. Umstechung misslingt. Tamponade von Cervix und Scheide. Wegen des Kollapses konnte nicht narkotisiert werden. Stimulantien, Kampher. Exitus letalis.

Fall 46.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47): Zweifel: Dietrich, 38 J., Ip., 7 Mon., Kind gestorben. Anfälle: in toto 7, 3 in der Wohnung. Zeitpunkt des Ausbruches: Vor den Wehen 3 Anfälle. Harn viel Eiweiss. Puls 88, gut. Cervix unentfaltet. Einlegen der Gummiblase. Während des Einlegens heftiger Anfall, eine Minute lang. Am nächsten Morgen wieder drei Anfälle. Wiederum Einlegen einer Gummiblase. Keine Incision. Perforation, Kranioklast, Extraction. Nach der Geburt keine Anfälle mehr. Kind mazerirt. Mutter normales Wochenbett, am 9. Tage entlassen.

Fall 47.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Herrich, 35 J., IXp., nur 3 Mal ausgetragen, 10 Mon., Kind lebt. Anfälle: in toto 24, 9 vor, 15 nach der Geburt. Zeitpunkt des Ausbruches: Ende der Schwangerschaft, vor einer Wehenthätigkeit. Harn eiweissfrei, Puls 132. 8 Anfälle, dann Klinik, wo ein ungewöhnlich langer Anfall beobachtet wird. Portio völlig verstrichen. Muttermund für einen Finger durch-

gängig. Blasensprung. Wendung und Extraction, bis der Steiss zum Einschneiden kommt. Incisionen in den Muttermund, worauf das Kind bis zum Kopfe folgt. Neue Incisionen. Entwickelung des Kopfes. Noch 15 Anfälle nach der Geburt. Am 3. Tage Besinnung. Im Wochenbett kein Fieber.

Fall 48.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Süss, IIp., 7 Mon., Kind starb. Anfälle: in toto 17, davon 15 nach der Geburt. Zeitpunkt des Ausbruches: Vor einer Wehenthätigkeit. Puls 112. Bei der ersten Untersuchung Muttermund für einen Finger durchgängig. Erweiterung durch Tarnier'sche Blase und 3 Incisionen. Perforation und Extraction mit dem Kranioklast. Wegen mässiger Blutung Tamponade. Nach der Geburt 15 Anfälle. Puls gespannt. Aderlass. Darnach kein weiterer Anfall mehr. Genesen.

Fall 49.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Horn, 20 J., I p. 10. Mon., Kind todt, Becken gering platt. Anfälle: 9, alle ante partum. Zeitp. des Ausbruches: Ohne Wehen, doch war der Muttermund für einen Finger durchgängig. Harn viel Eiweiss. Puls 88. Dehnung durch Gummiblasen. Perforation des todten Kindes. Mutter genesen.

Fall 50.

(Centralbl. f. Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Petzold, 20 J., Ip., 8 Mon., Kind lebt. Anfälle: ? viele. Zeitpunkt des Ausbruches: Ohne Wehen. Harn eiweisshaltig. Viel Oedeme. Puls 124. Gummiblasen eingelegt. Binnen 3 Std. rasche spontane Geburt. Kind unreif, lebend. Lange Zeit viel Eiweiss im Harn.

Fall 51.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47): Zweifel: Heine, Ip., 6 Mon., Kind lebt. Anfälle 17. Zeitpunkt des Ausbruches in graviditate. Harn hochgradig eiweisshaltig. Puls 126, sehr klein. Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Noch Anfälle post partum. Sie hören nach Venaesectio und 0,02 Morph. auf.

Fall 52.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Schrott, 22 J., Ip., 7 Mon., Kind todt. Anfälle 3. Zeitpunkt des Ausbruckes in graviditate. Harn eiweisshaltig. Viel Oedeme. Puls 92. Wegen der Oedeme Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Gummiblase, Perforation, Extraktion, darauf keine Anfälle mehr. Noch lange und viel Eiweiss.

Fall 53.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Kirsten, 19 J., Ip., 7 Mon., Kind todt. Anfälle in toto 21, davon 7 post partum. Zeitpunkt des Ausbruches: Vor den Wehen. Harn reichlich Eiweiss. Puls 114. In der Zeit von 6 Stunden 13 Anfälle. Dilatatorien, Gummiblase, keine Dührssensche Inzisionen. Perforation, Extraktion, keine Nachblutung. Nach der Geburt in 9 Stunden 7 Anfälle. Aderlass. Kein weiterer Anfall. Genesung.

Fall 54.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Richter, 23 J., Ip., 9 Mon., Kind lebt. Anfälle 17 in toto, 8 ante, 9 post partum. Zeitpunkt des Ausbruches: Vor der Wehenthätigkeit. Gummiblase. Cervixschnitt. Hoher Forceps. Harn sehr viel Eiweiss, 16% Vol. Puls 140—160. Erst am 4. Wochenbettstage wieder klar bei Bewusstsein. Genesen.

Fall 55.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 Nr. 47). Zweifel: Nagel, 19 J., I p., 9. Mon., Kind lebt, Becken rachitisch platt. Anfälle: 61 in toto. Zeitpunkt des Ausbruches: Vor jeglicher Wehenthätigkeit und immerfort nach der Entbindung. Harn: Bei der Aufnahme ohne Eiweiss. Nach dem ersten Anfalle 6‰ Esbach. Puls 120, weich. Sofort mit Dehnung begonnen und binnen $2^3/_4$ Stunden vom ersten Anfalle an die Geburt mit Schnitten etc. zu Ende geführt. Bis Vollendung der Geburt 8 Anfälle. In den vorausgegangenen Tagen Brechdurchfall gehabt. Viele Flecken auf der Haut. Anfälle mit halbseitigen Zuckungen und Anfälle von 3—4 Minuten langer Dauer. 14 Stunden nach Beginn der Eklampsie gestorben. 2 Mal Venaesectio ohne Erfolg. Sektionsergebniss: Hochgradiges Hirnödem, hochgradige Leberveränderungen.

Fall 56.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 Nr. 47.) Zweifel: Hendel, 29 J., IVp., 8. Mon., Kind gestorben. Anfälle: 23 in toto. Zeitp. des Ausbruches: Vor jeder Wehenthätigkeit. Harn stark eiweisshaltig, schwarzbraun, über 25 ‰ Esbach. Puls 110—140, weich. Erweiterung nur durch dehnende Blasen, dann Wendung und Extraction. 90 Stunden nach der Geburt kehrt das Bewusstsein zurück. Hatte draussen Morphium bekommen. Geheilt.

Fall 57.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 Nr. 47.) Zweifel:

26 J., Ip.. 7 Mon., Kind, gestorben. Anfälle: 3 in toto. Zeitp. des Ausbruches: Vor jeder Wehenthätigkeit. Harn stark eiweisshaltig, gerinnt vollständig. Puls vor den Anfällen 120. Entbunden 29. September, früh 3 Uhr. Die Frau ist iktorisch und bekommt eine Pneunomie. Genesen.

Fall 58.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1897 No. 6) Dr. Gerich, Riga: Frau K., 38 J., Vp., Zwillinge gestorben. Beginn der Krämpfe 4 Wochen vor der erwarteten Geburt. Den 17. August morgens 5 Uhr erster Anfall. Im Ganzen ca. 25. Keine Wehen. Aeusserer Muttermund für $2^1/_2$ Finger durchgängig. Blase steht. In Nakose Colpeurynter. Wendung, Extraction. Das erste Kind, asphyktisch, wird wiederbelebt, stirbt aber nach 24 Stunden, das zweite gestorben. Kein Anfall mehr. Am zweiten Tage beginnendes Bewusstsein. Urin anfangs massenhaft Eiweiss. Frau geheilt.

Fall 59.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1897 No. 6) Dr. Gerich, Riga: Frau W., 36 J., IVp., 9 Mon., Kind gestorben. Den 12. April abends 8 Uhr erster eklamptischer Anfall, 9 Uhr zweiter Anfall, 10 Uhr dritter Anfall. Ferner zwei Fälle nach der Entbindung, also 5 in toto. 11 Uhr Chloroformnarkose. Colpenrynter. Aeusserer Muttermund für $1^1/_2$ Finger durchgängig, Cervicalkanal wenige cm lang. Zwei Cervixincisionen. Sprengung der Blase. Kombinirte Wendung, Extraction eines todten Kindes. Noch zwei eklamptischen Anfälle. Morphium, Chloralhydrat. Am sechsten Tage Urin eiweissfrei. Genesen.

Fall 60.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891 Bd. XLI) Goldberg: M., 31 J., Ip., Anfälle: Zahlreich. Beginn der Anfälle: Vor Eintritt der Wehen. Urin gerinnt beim Kochen. Bewusstlos in die Klinik gebracht. Chloroform, Chlorahydrat, Morphium. Hoher Puls und Cyanose. Accouchement forcé. Perforation und Kranioklasie. Mutter gestorben, Gehirnblutung, Lungenödem, Fettniere, 14 Stunden nach der Entbindung, Kind gestorben.

Fall 61.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891 Bd. XLI) Goldberg: K., 25 J., IIp. Zahlreiche Anfälle. Urin eiweissfrei. Beginn der Anfälle: Vor Eintritt der Wehen. Chloroform, Morphium, Einpackung. Hoher Puls. Fieber. Einlegen einer Bougie. Nach erfolgter Geburt vorübergehende Besserung. Mutter

starb zwei Tage nach der Entbindung. Lungenödem, Pneumonie, Nierenverfettung. Kind lebend entlassen.

Fall 62.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891 Bd. XLI) Goldberg: Kl., 24 J., Ip., 8 Mon. Beginn der Anfälle: Vor Eintritt der Wehen. Zahl der Anfalle:?, in der Klinik drei. Wird bewusstlos hereingebracht. Urin stark eiweisshaltig. Morphium, heisse Bäder, Einpackungen. Einlegen einer Bougie. Kaiserschnitt an der Todten. Mutter gestorben, Gehirnödem, Lungenödem, Nephritis. Kind todt, todtgeboren.

Fall 63.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg: K., 29 J., IIp. Kind lebt. Zahl der Anfälle: 21. Beginn: Vor Eintritt der Wehen. Urin wenig Eiweiss. Chloroform, Campher, Bougie, Accouchement forcé. - Wendung und Extraction. Riss im Collum links, kleiner Scheidenriss. Mutter starb 6 Stunden nach der Entbindung. Lungenödem, Hydropericardium, Nierenverfettung. Kind gesund entlassen.

Fall 64,

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg: B., 24 J., Ip. Zahl der Anfälle: 8. Beginn: Vor Eintritt der Wehen. Bewusstlos hereingebracht. Urin erstarrt beim Kochen. Heisses Bad, Einpackung, Venaesectio, Analeptica. Hoher Puls. Bongie. Mutter starb unentbunden. Gehirnödem, Lungenödem, granulöse Niere. Kind starb vor der Geburt.

Fall 65.

(Archiv. für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg: St., 30 J., Ip., Kind gestorben. Beginn der Anfälle: Vor Eintritt der Wehen. Sie dauern fast ununterbrochen eine halbe Stunde lang. Urin: $^2/_3$ Vol. Eiweiss. Morphium, Chloroform, Vollbad, Einpackungen. Hoher Puls, Cyanose, gestörte Athmung. Venaesectio, Accouchement forcé. Perforation und Kranioklasie. Mutter starb während der Operation. Kind gestorben, nach dem Absterben perforirt.

Fall 66.

(Archiv für Gyn. Jahrg. XLII.) Dührssen: Frau P., 25 J., Ip., letzte Menstruation Anfangs Mai 1890. Oedeme, Nephritis, Spitzenkatarrh. Koma, Krämpfe. Narkose. Puls 144, kaum fühlbar. Muttermund knapp markstückgross, für einen Finger bequem durchgängig. Blase gesprungen. Tiefe Cervixincisionen und Scheidendammincision. Zange. Kind

lebend. Kein weiterer Anfall. Nach 6 Stunden Rückkehr des Bewusstseins. Kind blieb am Leben und gedieh gut. Incisionen heilten per primam.

Fall 67.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1892, Bd. XLII) Haultain: Ipara, 7. Mon. Schwere Eklampsie mit 24stündiger Erblindung. Abführmittel. Pilocarpin, Chloral, Chloroform. Urin erstarrt nach dem Anfalle beim Kochen zu einer festen Masse. In den nächsten Tagen dagegen nur noch eine Spur von Eiweiss. Milchdiät. 3 Wochen vor der zu erwartenden Geburt stieg die Eiweissmenge wieder trotz der Behandlung. Sofort Entleerung des Uterus durch manuelle Dilatation der Cervix in tiefer Narkose. Zange. Keine Anfälle mehr. Patientin genas. Das Kind wurde todt geboren.

Fall 68.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1892, Bd. XLII) Haultain; Multipara, $8^1/_2$ Mon. Eklampsie, die trotz Behandlung zeitweise wiederkekrte. Manuelle Dilatation der Cervix in tiefer Narkose, dann Zange. 2 Stunden nach der Entbindung noch zahlreiche Anfälle, die durch passende Behandlung scswanden. Gcnesung. Kind lebend.

Fall 69.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 92. Bd. XLII) Haultain: IIIp. Im 8. Mon. Konvulsionen. Urin erstarrt beim Kochen. Mit $8^1/_2$ Monaten Entleerung des Uterus durch manuelle Dilatation der Cervix in tiefer Narkose und Zange. Die Anfälle kehrten nicht wieder. Genesung.

Fall 70.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893, Bd. XLIII) Dührssen: Frau B., 35 J., multip. Bewusstlos ir die Anstalt gehracht. Hier 2 Anfälle. Muttermund für 1 Finger durchgängig, rigide. Bad, Morphium, $2^1/_2$ stündige Narkose, Chloral. Nach der Entbindung Excitans, Venaesectio. Hervorholen eines Fusses, Cervixinzisionen. Mutter starb $1^1/_2$ Stunden nach der Entbindung an Lungenödem. Kind todt. Harn: $^1/_2$ Vol. Eiweiss, keine Cylinder, rothe Blutkörperchen.

Fall 71.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893, Bd. XLIII) Dührssen: Schulz, Ip. Bis zur Geburt 3 Anfälle, später keine. Muttermund fär 1 Finger durchgängig. Portio verstrichen. Herztöne normal. 4stündige Narkose bis zur Entbindung. Puls 110. Colpeuryse. Zange bei nicht über 5 cm erweitertem

Muttermund. Mutter starb an Kollaps, nachdem das Sensorium bis 1 Stunde vor dem Tode klar, Eiweiss beinahe verschwunden war. Kind todt. Harn: Reichlich Eiweiss, Cylinder, weisse Blutkörpenchen.

Fall 72.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1896 Bd. LI) Saft: S., Näherin, 20 J., I p. In der 35. Schwangerschaftswoche eklamptische Anfälle. Morphium. Chloroformnarkose. Nach den Anfällen keine Herztöne, keine Kindsbewegungen. In der Anstalt wurde bei dem 36 Wochen alten Fötus ebenfalls der schon lange eingetretene Tod festgestellt. Colpeuryse. Spontane Geburt eines todten Kindes. Normales Wochenbett. Am 2. Tage nach der Geburt war der Urin eiweissfrei.

Fall 73.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1887. Bd. XXXII) Lantos: M., 32 J. Ausbruch der Eklampsie: ante partum. Künstliche Frühgeburt, Zange. Kind todt. Mutter gestorben am 19. Tage post partum.

Fall 74.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1887. Bd. XXXII) Lantos: T., 21 J., I p. Ausbruch der Eklampsie: ante partum. 2 Tage vor der Geburt 6 Anfälle. Elastischer Katheter in den Uterus. Künstliche Frühgeburt. Kind todt. Mutter am 16. Tage entlassen. Harn: Viel Eisweiss und granulirte Cylinder.

Fall 75.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1890. Bd. XXXVIII) Dührssen: I p., 34 J. Zahl der Anfälle? Blasensprung 2 Tage vor der Operation. Muttermund bei der Operation fünfmarkstückgross. Derber Saum. Vergeblicher Wendungsversuch. Mehrere tiefe Einshnitte, darauf quere Anlegung der Zange, mit welcher der Kopf zunächst tiefer gezogen wird. 2 Stunden später nach Vornahme mehrerer Einschnitte in den Introitus Extraction. Naht der Schnitte in den Introitus. Kind lebt. Mutter genesen. Normales Wochenbett.

Fall 76.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1890. Bd. XXXVIII) Dührssen: I p., 22 J. Muttermund bei der Operation kleinhandtellergross. 2 tiefe Cervixeinschnitte und 2 Einschnitte in den Introitus. Hohe Zange. Kind lebend. Uterustamponade wegen Atonie. Nath. Mutter genesen. Normales Wochenbett.

Fall 77.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1896. Bd. LI) Schreiber: I p., 33 J., I. Steisslage. 27 Stunden ante partum ein Anfall, dann jede Stunde ein Anfall. Coma bis 1 Stunde ante partum. Starke Oedeme. Albumen und Blut im Harn. Einleitung der Frühgeburt mittelst Bougie. Mutter genesen. Kind todtgeboren (mazerirt).

Fall 78.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1896 Bd. LI) Schreiber: I p., 20 J., Schädellage. 22 Stunden ante partum ein Anfall. In 12 Stunden 11 Anfälle. Eiweiss 2%. Einleitung der künstlichen Frühgeburt mittelst Bougie. Mutter genesen. Kind todt. mazerirt.

Fall 79.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1897 No. 14) Geyl, Dordrecht: I p., 31 J., im 6. bis 7. Monate der Gravidität. Oedeme. Urin viel Eiweiss. Keine Wehen. Kopf beweglich. Cervicalkanal erhalten. Feuchte Einwickelungen, Diuretin, Milchdiät. zwei Tage später Amaurose. Somnolenz. Einleitung der Geburt durch Einlegen eines mit Condom verschenem Katheters. Wehen schwach. Zustand alarmirend. In Narkose vier Incisionen in die Cervix bis an die Vaginalwand. Wendung. Keine Blutung. Naht. 1½ Stunden post partum Anfall, später mehrere. Am zweiten Tage post partum Besserung. Gedächtnissdefekt. Genesen. Kind?

Fall 80.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1897 No. 14) Geyl, Dordrecht: I p., 18 Jahre. Am Ende der Gravidität Brechen, Amaurose, viel Eiweiss im Harn. Krämpfe. Einleitung der Geburt mittelst Katheters mit Condom. Wehen schwach, Konvulsionen stärker, Puls klein. In Narkose zwei Incisionen bis an die Vaginalwand. Zange. Kranioklast. Nach der Entbindung noch ein schwacher Anfall. Gedächtnissdefekt. Genesen. Kind gestorben.

Fall 81.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1897 No. 14) Geyl, Dordrecht; III p., 33 J., im 8. Mon. gravid. Eiweiss im Harn. Somnolenz, vorrübergehend. Dann ein Anfall. Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Katheter mit Condom. Nach fünf Stunden spontane Geburt. Gedächtnissdefekt. Nach drei Tagen trotz Milchdiät Diurese gering, Temperatur und Lochien normal. Patientin will urinieren, beim Aufsetzen plötzlich

Tod. Keine Sektion. Wahrscheinlich Embolie nach Thrombose der Beckenvenen.

II. Fälle von Eklampsie ante partum, die nach der expektativen Methode behandelt worden sind, d. h. solche, bei denen ein chirurgischer Eingriff überhaupt nicht gemacht ist, oder bei denen dazu die natürliche Eröffnung des Muttermundes abgewartet wurde.

Fall 82.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1886) P. Horroks, London: Eklamptische Gravida im 6. bis 7. Monate. Hochgradig ödematös, absolute Anurie. Chloroform war wirkungslos. Pilocarpininjectionen (0,02—0,015.) Die Konvulsionen liessen mehr und mehr nach. Acht Tage nach der ersten Injection spontane Geburt eines mazerirten Kindes im sechsten bis siebenten Monate. Patientin genesen, Kind gestorbeu.

Fall 83.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1886.) M. Charles, Lüttich. (Journ. d'acconch. 1885 Nr. 9): I gravida, 20 J. Eklamptischer Anfall im 7. Monat der Gravidität. Es folgen bald weitere Anfälle. Schnelle Geburt eines lebenden Knaben. Neuer Anfall. Tiefes Coma. Morph. 0,02. Chloral per Klysma. Chloroformnarkose. Nach 36 Stunden Exitus letatis.

Fall 84.

(Verhandlung der ersten Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München. Juni 1886.) Stumpf, München, berichtet im Anschluss an den schon oben erwähnten Fall von Eklampsie, bei welchem der Kaiterschnitt in Agone gemacht wurde, über einen weiteren Fall von typischer Eklampsie am Anfang des 10. Monates, bei welchem die Behandlung expektativ war. Patientin stirbt 18 Stunden post partum. Kind ? — Weitere Angaben fehlen.

Fall 85 und Fall 86.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1887.) P. Harroks, London: Zwei Fälle von Konvulsionen in der Schwangerschaft, welche mit Pilocarpininjectionen (0,02) behandelt wurden. Heftige Schweisse. Aufhören der Konvulsionen. In beiden Fällen trat eine verfrühte Wehenthätigkeit ein. Beide Kinder wurden etwas vor dem normalen Schwangerschaftsende ausgestossen, beide todt. (Wehenerregende Wirkung des Pilocarpin.)

Fall 87.

Haultain, Edinburg (Edinb. med. journ. 1891 August),

berichtet im Anschluss an die 3 unter I B erwähnten Fälle, in welchen es ihm gelang, durch Accouchement forcé Mutter und Kind zu retten, über einen vierten Fall von Eklampsie ante partum, in dem bei abwartendem Verhalten Mutter und Kind zu Grunde gingen. — Weitere Angaben fehlen.

Fall 88 und Fall 89.

(Münchener med. Wochenschrift 1893 Nr. 1.) F. Merkel schildert neben einem schon oben unter I B erwähnten Falle von Eklampsie ante partum, in welchem mit Erfolg Dührssensche Cervixincisionen gemacht wurden, zwei gleiche Fälle, in welchen bei abwartendem Verhalten unter Anwendung von Chloroform und Morphium die Mütter starben. Kinder ? — Weitere Angaben fehlen.

Fall 90 bis 98 incl.

(Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol. 1893 No. 5) Porak und Bernheim: An der Hand von 3 Krankengeschichten von leichteren Fällen wird die günstige diuretische Wirkung der Milchdiät geschildert, in 5 schweren Fällen die der Kochsalzinjektionen. Sämmtliche Kranke genasen. Ein 9. Fall verlief letal. Die Autopsie ergab schwere Nierenveränderungen. Kinder? — Weitere Angaben fehlen.

Fall 99.

(Prager med. Wochenschrift) Lang, Marienbad: Die Anfälle traten zu Beginn der Eröffnungsperiode auf. Nach 15 Stunden Forceps, lebendes Kind. Behandlung: Morphium in kleineren Gaben. Genesen.

Fall 100.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 19) Dohrn: Ip., 39 J. Schwangerschaft vom September datirt. Oedem der Beine. 18. März 2 heftige eklamptische Anfälle. Klinik. In den nächsten 3 Stunden 8 weitere Anfänge mit schwerem Sopor. Heisse Waschungen der Haut und Chloroformnarkose bleiben ganz ohne Einfluss. Keine Wehen. Portio lang, Muttermund vollkommen geschlossen. Urin: Viel Eiweiss, granulirte und hyaline Cylinder. Die Schwere der Anfälle und die aussetzende Respiration liessen jeden Augenblich den Eintritt des Todes erwarten. Dilatation der Cervix erwies sich daher als zu zeitraubend. Nachmittags starb die Mutter. $2^1/_2$ Minuten post mortem wurde die abgestorbene Frucht durch Kaiserschnitt extrahiert. (Es folgt nun die Schilderung der tonischen Muskelkontraktur der abgestorbenen Frucht.)

Fall 101.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: 1888. Uhlemann, 27 J., Ip., 7. Mon., Kind lebt. Anfälle ? Tritt am 7. August 6 h. 45 Nachmittags in Coma in die Klinik ein. Zeitpunkt des Ausbruches: Ohne Wehen. Harn: $^9/_{10}$ Vol. Eiweiss beim Eintritt. Puls sehr elend. Ueberall Oedeme. War schon draussen mehrere Tage mit Schwitzkur behandelt worden. 7 h. 40 ein Anfall, 11 h. 40 ein leichter. Morph. 0,03. Diaphorese auf dem Schwitzbett. 2 h. Nachts Lungenödem. Champher- und Aetherinjektionen abwechselnd. 8. August 6 h. 30 früh Aderlass, 350 g Blut. Keine Besserung der Athmung. Entbindung mit Forceps. Starb 2 h. 15 Nachmittags des 8. August.

Fall 102.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: H., 29 J., I p., 9. Mon., Drillinge, 1 lebt, 2 todt. Anfälle: 1 in toto. Zeitp. des Ausbruches: ante partum. Harn: $^1/_5$ Vol. Eiweiss. Puls sehr gut. 4. September hochgradige Cyanose des Gesichts. Veraesectio. Besserung. Morph. 0,05 in 24 Stunden. Liqu. Kal. acet. Um $^1/_6$6 Uhr Abends typischer Anfall mit plötzlicher Amaurose. 5. September. Amaurose geschwunden. Wehenschwäche. Muttermund fünfmarkstückgross. Liqu. Kal. acet. 6. September. Wehen schwach. Muttermund 8 cm im Durchmesser. Abends Forceps, Kind mazerirt. Es findet sich noch ein zweites und sogar ein drittes in Schädellage. Glatte Genesung.

Fall 103.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Bamberger, 22 J., I p. Zeitp. des Ausbruches: in graviditate. Wurde wegen Eklampsie als Gravida im 8. Monate tief komatös um 11 Uhr 30 Minuten in die Anstalt gebracht, hatte Anfälle um 1 Uhr, um 2 Uhr und starb im 3. Anfalle 2 Uhr 55 Minuten.

Fall 104.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Böttcher, 29 J., I p. Zeitp. des Ausbruches: in graviditate. Starb unentbunden gleich nach dem Eintritt.

Fall 105.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Lange, 27 J., I p., 10. Mon., Kind todt. Anfälle: Nur der letzte beobachtet. Kam komatös wegen Eklampsie in die Anstalt. Befund der inneren Untersuchung am 12. März 1891, 12 Uhr

Mittags: Portio noch 2 cm lang. Muttermund knapp für 2 Finger geöffnet. Wehen kräftig. Rasseln auf den Lungen, Bronchialathmen. Stirbt am 12. März 11 Uhr Abends unentbunden in einem Anfall.

Fall 106.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Reinhard, 19 J., I p., 10. Mon., Kind lebt. Anfälle: 2 in der Poliklinik. Zeitp. des Ausbruches: ante partum. Zange angelegt bei handtellergrossem Muttermund. Doppelte Cervixrisse. Blutung. Cervix- und Dammnaht. Keine Dührssenschen Schnitte. Mutter und Kind lebend am 13. Tage entlassen.

Fall 107.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Seyfarth, XIIp., 10 Mon. Anfälle: drei in toto, zwei in der Wohnung, eine in der Anstalt. Zeitp. des Ausbruches: Schon vor den Wehen. Harn: Reichlich Eiweiss. Puls 120. Zwei Stunden Narkose und 0,02 Morph. wegen grosser Unruhe. In der darauf folgenden Nacht spontane Geburt. Nach der Geburt Kopfschmerzen, vollkommene Blindheit. Letztere verschwindet am nächsten Tage wieder. Nach drei Tagen der Urin wieder eiweissfrei. Genesen.

Fall 108.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1895 No. 47) Zweifel: Thiele, 23 J., Ip., 10 Mon., Kind gestorben. Anfälle: 10 in toto. Zeitp. des Ausbruches: Vor den Wehen. Harn: $^1/_3$ bis $^1/_4$ ‰ Albumen. Puls 128—140. Nach dem ersten Anfalle plötzliche Blindheit. Zwei Anfälle auf die innere Untersuchung. Forceps bei querstehender Pfeilnaht im Beckenausgang sofort nach dem Eintritt in die Klinik, fünf Stunden nach dem ersten Anfall. Nach der Geburt keine Anfälle mehr. Kind starb während der Geburt.

Fall 109.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891 Bd. XLI) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Christine W., 31 J., I p., Anfälle: zwei in toto vor Eintritt der Wehen. Urin stark eiweisshaltig. Chloroformeinathmungen, Chloralhydrat, Morphium. Patienten gestorben. Kaiserschnitt an der Todten. Sektion: Gehirnblutung, Schrumpfniere. Kind gestorben.

Fall 110.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891 Bd. XLI) Goldberg (Frauenklinik in Dresden: Ida W., 18 J., Ip. Zahl der An-

fälle: 5. Beginn derselben: Vor Eintritt der Wehen. Dauer derselben ca. eine Minute. Urin stark eiweisshaltig. Chloroform, Morphium, Einpackungen. Mutter und Kind am zwölften Tage gesund entlassen.

Fall 111.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891 Bd. XLI) Goldberg Frauenklinik in Dresden): Emma R., 21 J., Ip. Anfälle ca. 13. Beginn derselben: Vor Eintritt der Wehen. Wird bewusstlos hereingebracht. Harn: $^1/_2$ Vol. Eiweiss. Chloroform, Morphium, Campher, Aether. Spontane Geburt. Knabe todt, todtgeboren, Anfang des 8. Monates. Patientin starb acht Stunden nach der Entbindung. Section: Haematocele, Gehirnblutung, Nephritis granulosa.

Fall 112.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891 Bd. XLI) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Mathilde Br., 39 J., VIIp. (Bei der letzten Geburt 13 eklamptische Anfälle, Psychose im Wochenbett, dann Genesung.) Wird bewusslos hereingebracht. Zahl der Anfälle unbekannt. Beginn derselben vor Eintritt der Wehen. Dauer derselben 1—$1^1/_2$ Minuten. Harn $^1/_2$ Vol. Eiweiss. Chloralhydrat, Morphium, Eis auf den Kopf, Sauerstoffeinathmung, Venaesectio, Campher, Plumbum aceticum. Spontane Geburt. Kind gesund entlassen. Patientin stirbt Lungenödem, Pneumonie, Nierenverfettung.

Fall 113.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891, Bd. XLI) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Elisab. Sch., 24 J., Ip. Bewusstlos hereingebracht. Zahl der Anfälle 11. Dauer derselben $^1/_2$—1 Minute. Beginn der Anfälle vor Eintritt der Wehen. Harn: $^1/_3$ Vol. Eiweiss. Morphium, heisse Bäder, Einpackungen, Venaesectio, Analeptica. Spontane Geburt. Kind todt. Patientin erkrankt an Pneumonie und wird noch vor vollendeter Heilung gegen Revers entlassen.

Fall 114.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891, B. XLI) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Helene H., 21 J., Ip. 18 Stunden nach dem 4. Anfalle in die Klinik gebracht. Beginn der Anfälle vor Eintritt der Wehen. Zahl der Anfälle 10. Dauer derselben 30—35 Sekunden. Harn $^1/_2$ Vol. Eiweiss. Morphium, Chloralhydrat, Bäder, Einwickelungen. Vom 1. Anfalle bis zur Geburt vergingen $4^1/_2$ Tage. Spontane Geburt. Mutter und Kind am 11. Tage gesund entlassen.

Fall 115.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891, Bd., XLI Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Marie Gr., 35 J., IIIp. (2 Fehlgeburten.) Zahl der Anfälle 11. Dauer derselben 1—3 Minuten. Beginn derselben vor Eintritt der Wehen. 15 Stunden nach dem 1. Anfalle bewusstlos hereingebracht. Harn $^2/_3$ Vol. Eiweiss, zahlreiche Cylinder. Morphium, Bäder, Einpackungen, Venaesectio, Analeptika. 29 Stunden nach dem 1. Anfall Blasenstich und Tamponade mit Jodoformgaze. Kind todt, vor der Geburt abgestorben. Patientin stirbt am 4. Tage im Coma. Septicopyämie. Nephritis acuta.

Fall 116.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891, Bd. XLI) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Therese D., 36 J., Ip. Zahl der Anfälle 13. Dauer derselben $^1/_2$—1 Minute. Beginn derselben vor Eintritt der Wehen. Harn: Sehr viel Eiweiss, hyaline Cylinder. Morphium, Chloralhydrat, Chloroform. Patientin stirbt unentbunden. Pneumonia crouposa, Nierenverfettung. Kind todt.

Fall 117.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg (Frauenklinik in Dresden). Emilie K., 34 J., IVp. Bewusstlos nach dem sechsten Anfall hineingebracht. Zahl der Anfälle: 7. Beginn derselben: Vor Eintritt der Wehen. Urin erstarrt beim Kochen. Morphium. Spontane Geburt. Kind (8. Monat), gestorben am 3. Tage. Patientin am 11. Tage geheilt entlassen.

Fall 118.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Helene T., 24 J., Ip. Nach dem 6. Anfalle hereingebracht. Zahl der Anfälle ? Dauer derselben: ca. 1 Minute. Beginn: Vor Eintritt der Wehen. Harn: Sehr viel Eiweiss. Behandlung: Morphium. Spontane Geburt. Kind starb (Ende des 7. Monats faultodt). Patientin am 10. Tage entlassen (Syphilis).

Fall 119.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Helene Br., 20 J., Ip. Zahl der Anfälle: 13. Dauer derselben: Sehr lange, bis zu 18 Min. Beginn derselben: Vor Eintritt der Wehen. Harn: $^1/_2$ Vol. Eiweiss. Morphium. Kind war abgestorben. Perforation

und Ausziehung. Patientin starb 5 Tage nach der Geburt. Lungengangrän, Nephritis Anaemie. Kind gestorben.

Fall 120.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): Bertha Sch., 20 J., I p. Zahl der Anfälle: 23, 5 vor, 17 nach der Geburt. Dauer derselben: $^3/_4$—2 Minuten. Beginn: Vor Eintritt der Wehen. Harn: $^1/_2$ Vol. Eiweiss. Behandlung: Morphium, Chloralhydrat. Spontane Geburt. Am 15. Tage Mutter und Kind lebend entlassen.

Fall 121.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg (Frauenklinik in Dresden): H., 25 J., I p. Bewusstlos in die Klinik gebracht. Zahl der Anfälle ? Dauer derselben circa 1 Minute. Harn: Eiweissgehalt nicht bestimmbar wegen völliger Anurie. Behandlung: Chloroform, Morphium. Patientin starb unentbunden. Kind starb mehrere Stunden vor dem Tode der Mutter.

Fall 122.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1891. Bd. XLI.) Goldberg. (Frauenklinik in Dresden): Ernestine M., 38 J., V p. (bei den letzten beiden Geburten Krämpfe). Zahl der Anfälle ? Dauer derselben: $^1/_6$—$^1/_2$ Minute. Harn: Während der Anfälle vorübergehend eine Spur Eiweiss, ebenso am ersten Wochenbettstage. Behandlung: Morphium, Chloroform, Vollbäder, Einpackungen. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt dauerte es 5 Tage und 9 Stunden. Kind in Fusslage. Lösung der Arme. Entwickelung des Kopfes. Kind lebend entlassen. Mutter am 10. Tage gesund entlassen.

Fall 123.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: Pichta, 25 J., I p. Zahl der Anfälle: 3 vor, keine nach der Geburt. Zeitraum vom 1. Anfall bis zur Geburt: 4 Tage. Muttermund bei der ersten Untersuchung erbsengross, Portio verstrichen. Pilocarpin, 01. Zange. Dammriss (18 Nähte). Harn: Enormer Eiweisgehalt und Cylinder. Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall 124.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: Arbeiterin Krüger, 18 J., I p. Beginn der Eklampsie: ante partum. Behandlung: 3 g Aether, leichte Narkose. Pat. ge-

storben, 10 Min. nach der Aufnahme. Sectio caesarea post mortem. Kind todt, mazerirt.

Fall 125.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: L. Petzel, 23 J., I p. Zahl der Anfälle: 2 vor, keiner nach der Geburt. Ausbruch der Eklampsie: ante partum. Vom 1. Anfall bis zur Geburt vergingen $2^3/_4$ Stunden. Muttermund für 1 Finger durchgängig. Behandlung: Morphium 0,01 g, Narkose (15 g). Pat. todt. Sectio caesarea post mortem. Zwillinge, tief asphyktisch. Beide todt.

Fall 126.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: Müller, 30 J., 1 p. Zahl der Anfälle: 5 bis zur Geburt, keine nach derselben. Vom 1. Anfall bis zur Geburt vergingen 66 Stunden. Muttermund 58 Stunden ante partum für 1 Finger durchgängig. Behandlung: sechsstündige Narkose, Morphium. Bei der Aufnahme keine kindlichen Herztöne. Zwillinge: I. Perforation, II. Wendung und Extraction. Beide Kinder todt, erstes mazerirt. Pat. geheilt. Harn: Eiweiss, Epithelien, dunkelbraun.

Fall 127.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: Hasselbach, 19 J., I p. Zahl der Anfälle: 2 vor, keiner nach der Geburt. Beginn der Anfälle: ante partum. Vom 1. Anfalle bis zur Geburt vergingen $6^1/_2$ Stunden. Muttermund $4^1/_2$ Stunden ante part. für 1 Finger durchgängig. Behandlung: Morphium, Bad, Einwickelungen. Harn: Viel Eiweiss und Cylinder. Geburt spontan in Steisslage. Pat. am 11. Tage entlassen. Kind todt.

Fall 128.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: Soll, 40 J., IX p. Zahl der Anfälle: 3 vor, keiner nach der Geburt. Vom letzten Anfalle bis zur Geburt vergingen 3 Tage. Muttermund bei der ersten Untersuchung markstückgross. Behandlung: Mehrstündige Chloroformnarkose, Morphium, Aether. Harn: Viel Eiweis und hyaline Cylinder. Oedeme. Puls 140, kaum fühlbar. Geburt spontan. Kind todt, etwas mazerirt. Pat. normales Wochenbett, vom 4. Tage ab kein Eiweiss.

Fall 129.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893 Bd. XLIII) Dührssen: Fr. Metze, 37 J., VIIp. Beginn der Anfälle: ante partum.

In der Nacht von 29. zum 30. VI. zahlreiche Krampfanfälle. 30. VI. Temperatur 39, Puls 128. Bewusstlosigheit, die, mit Nackenstarre verbunden, auch nach der Geburt anhielt. Harn: Keine Spur von Eiweiss. Geburt spontan zwei Stunden nach der Aufnahme. Kind gestorben, mazeriert. Mutter todt 2. VII.

Fall 130.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893 Bd. XLIII) Dührssen: Arbeiterin Kelm, 18 J., Ip. Zahl der Anfälle: 12 vor, keiner nach der Geburt. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen ca. 30 Stunden. Beginn der Anfälle: ante partum. Muttermund 21 Stunden ante partum für einen Finger durchgängig. Harn: 1,5% Eiweiss-Oedeme. Narkose muss unterbrochen werden, da der Puls sehr klein wird. Besserung des Pulses. Wiederum Narkose. Unterbrechung derselben auf Grund Absterben des Kindes. Morphium. Spontane Geburt. Kind gestorben. Patientin gebessert entlassen mit starkem Eiweissgehalt.

Fall 131.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893 Bd. XLIII) Dührssen: Restaurateurfrau Noffke, 24 J., Ip. Zahl der Anfälle: sieben vor, keiner nach der Geburt. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen 86 Stunden. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum. Harn: Viel Eiweiss, nach dem Absterben des Kindes kein Eiweiss. Muttermund nach dem fünften Anfalle geschlossen. Behandlung: Narkose, Chloral, warme Scheidendouchen. Geburt spontan. Kind gestorben. Mutter starb nach $4^3/_4$ Stunden post partum.

Fall 132.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893 Bd. XLIII) Dührssen: Restaurationsfrau Schmidt, 22 J., Ip., Zahl der Anfälle: acht in zwölf Stunden. Zeitpunkt des Ausbruches: in graviditate. Muttermund geschlossen, Portio annähernd verstrichen. Wehen. Harn: Viel Eiweiss. Oedeme. Behandlung: dreistündige Narkose nach dem letzten Anfall. Diaphoretische Behandlung. Eiweiss schwindet rasch. Urin wird reichlicher. Kind starb während der Anfälle. Patientin als Schwangere mit abgestorbenem Kind entlassen.

Fall 133.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1894 Bd. XLIII) Dührssen: Hebamme Ebert, 39 J., Vp. Zahl der Anfälle 8—9, alle vor der Geburt: Vom 1. Anfalle bis zur Geburt vergingen 5 Tage. Beginn der Anfälle: Schwangerschaftseklampsie im

VIII. Monat. Muttermund bei der ersten Untersuchung für 2 Finger durchgängig. Keine kindlichen Herztöne. Behandlung: Keine Narcotica, da Patientin bewusstlos war, aber keine Anfälle mehr bekam. Geburt spontan. Kind todt, mazerirt. Patientin wegen Nephritis chronica und Retinitis albuminurica verlegt. Harn $^1/_2$ Vol. Eiweiss und Cylinder.

Fall 134.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893 Bd. XLIII) Dührssen: Dienstmagd Sokol, 25 J., Ip. Zahl der Anfälle 1 vor, keiner nach der Geburt. Vom 1. Anfalle bis zur Geburt vergingen 8 Tage. Muttermund bei der ersten Untersuchung geschlossen, Portio erhalten. Patientin kommt in Narkose zur Anstalt. Puls flatternd, nicht zu zählen. Morphium, Bädez, Diuretica. Starke Oedeme. Harn erstarrt beim Kochen. Granulirte Cylinder. Geburt spontan. Kind lebt. Patientin geheilt entlassen.

Fall 135.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893, Bd. XLIII) Dührssen: Fr. Kreuz, 37 J., VIIp. Zahl der Anfälle 2 vor, keiner nach der Geburt. Vom 1. Anfalle bis zur Geburt vergingen 3 Tage. Zeitpunkt des Ausbruches ante partum. Muttermund bei der ersten Untersuchung zehnpfennigstückgross, Portio verstrichen. Oedeme. Harn $^3/_4$ Vol. Eiweiss, zahlreiche Cylinder. Chloralklysma, Morphium, Diuretica und Diaphoretica. Geburt spontan. Kind lebt. Patientin geheilt entlassen.

Fall 136.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893, Bd. XLIII) Dührssen: Arbeiterin Schulz, 22 J., IVp. (2 Fehlgeburten). Zahl der Anfälle 5, sämmtliche vor der Geburt. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen $53^1/_2$ Stunden. Muttermund bei der ersten Untersuchung geschlossen. Herztöne nicht zu hören. Harn $^3/_4$ Vol. Eiweiss. Behandlung Morphium, Chloral, Bäder. Geburt spontan und rasch. Kind todt, mazerirt. Patientin geheilt entlassen.

Fall 137.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1883, Bd. XLIII) Dührssen: Arbeiterfrau Schlosshauer, 24 J., Ip. Zahl der Anfälle 5 innerhalb 7 Stunden. Zeitpunkt des Ausbruches ante partum Muttermund geschlossen. Herztöne nicht hörbar. Harn sehr viel Albumen, vereinzelte hyaline Cylinder. Behandlung: Morphium, Chloralklysma. Temperatur 40,7. Puls 150.

Starke Cyanose. Venaesectio. $^1/_2$ Stunde todt unentbunden. Kind todt, bereits abgestorben.

Anm. Schwangerschaftseklampsie des 8. Monats.

Fall 138.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII.) Dührssen: Frau Sch., 23 J., Ip. Zahl der Anfälle: 4, sämmtlich vor der Geburt. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen 36 Stunden. Muttermund 24 Stunden ante part. zehnpfennigstückgross. Portio verstrichen. Keine Herztöne. Harn: $^2/_3$ Vol. Eiweiss, granulirte Cylinder. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum. Behandlung: Chloralklysma, Morphium, Bäder. Geburt spontan. Kind starb, Fehlgeburt. Patientin geheilt entlassen.

Fall 139.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII.) Dührssen: Dienstmagd Wegner, 31 J., Ip. Zahl der Anfälle: 8, sämmtlich vor der Geburt. Zeitpunkt des Ausbruches: Schwangerschaftseklampsie. Harn: Viel Eiweiss, granulirte und Blutcylinder. Muttermund bei der ersten Untersuchung für die Fingerkuppe durchgängig, Portio fast verstrichen. Behandlung: Chloralklysma, Morphium, Narkose. Geburt spontan, Kind gestorben, mazerirt. Patientin geheilt entlassen.

Fall 140.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII.) Dührssen: Frau Ganzkow, 21 J., Ip. Anfälle zahlreich, nach der Geburt keine. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen 2 Tage. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum. Patientin kam halbentbunden zur Gebäranstalt. Harn: $^2/_3$ Vol. Eiweiss. Spontane Geburt. Kind lebt. Patientin geheilt entlassen.

Fall 141.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII.) Dührssen: Arbeiterin Pliecke, 23 J., Ip. Zahl der Anfälle 2, beide vor der Geburt. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen 2 Tage. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum. Harn: $^3/_4$ Vol. Eiweiss, Cylinder. Muttermund zehnpfennigstückgross, Cervix für einen Finger durchgängig. Behandlung: Schwitzbäder, Diuretica, Senna. Geburt spontan. Kind gestorben, lebensunfähige Fehlgeburt. Patientin geheilt entlassen.

Fall 142.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII.) Dührssen: Dienstmagd Klebingat, 31 J., Ip. Zahl der Anfälle: Mehrere, nur vor der Geburt. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt

vergingen 53 Stunden. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum. Oedeme der Beine seit 2 Monaten. Harn: $^1/_2$ Vol. Eiweiss, Cylinder. Muttermund geschlossen, Portio noch nicht verstrichen. Behandlung: 7 Stunden Narkose, Morphium, Chloralhydrat, Bäder. Spontane Geburt. Kind gestorben, intrauterin. Patientin gestorben. 5 Stunden post partum an Verblutung aus Magengeschwüren. Sensorium wurde frei.

Fall 143.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: Arbeiterfrau Lück, 23 J., Ip. Zahl der Anfälle 6, sämmtliche vor der Geburt. Vom ersten Anfall bis zur Geburt vergingen 20 Stunden. Harn gerinnt beim Kochen, Cylinder. Zeitp. des Ausbruches: ante partum. Muttermund 12 Stunden ante partum geschlossen. Behandlung: Narkose, Chloral, Morphium. Zange. Kind lebt. Patientin geheilt entlassen.

Fall 144.

(Archiv für Gyn. Jahrg., 1893. Bd. XLIII) Dührssen Frau Raab, 27 J., Ip. Bewusstlos, dann Anfälle. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen 24 Tage. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum. Harn gerinnt beim Kochen. Behandlung: Morphium, Bäder, Senna, Wildunger. Spontane Geburt. Kind todt. abgestorben; Patientin geheilt entlassen.

Fall 145.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893 Bd. XLIII) Dührssen: M. Blaustein, 20 J., Ip. Ausserhalb zwei eklamptische Anfälle, dann Amblyopie. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen drei Wochen. Zeitp. des Ausbruches: ante partum. Behandlung: Bäder, Schwitzen, Morphium, Kal. acet. Harn: Eiweiss, Nierenepithelien, Cylinder, weisse Blutkörperchen. Spontane Geburt. Kind todt, mazerirt, siebente Monat. Patientin geheilt entlassen ohne Eiweiss.

Fall 146.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII.) Dührsseu: Frau Dillenseger, IIIp., zwei Fehlgeburten. Zahl der Anfälle: sechs, sämmtlich vor der Geburt. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen zwölf Stunden. Zeitp. des Ausbuches: ante partum. Harn erstarrt beim Kochen, massenhafte Cylinder. Behandlung: $2^1/_2$ stündige Narkose, Morphium, Bad. Wendung, acht Stunden später Extraction, Kind todt. Patientin geheilt ohne Eiweiss entlassen.

Fall 147.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: Frau Kairoth, 20 J., Ip. Patientin leidet seit drei Tagen an Krämpfen und kommt auf die Krampfstation. Anfall. Morphium. Gebäranstalt. Kein Anfall. Puls 129. Cyanose. Dyspnoe. Zeitp. des Ausbruches: ante partum. Harn: Stark eiweisshaltig. Muttermund für einen Finger durchgängig. Spontane Geburt. Kind gestorben, Fehlgeburt des siebenten Monates. Patientin starb $^1/_2$ Stunde post partum im Kollaps.

Fall 148.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XLIII) Dührssen: Frau Lewioda, 28 J., I p. Krämpfe, dann Parese der rechten Extremitäten. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum. Harn: $^2/_3$ Vol. Eiweiss, Cylinder. Muttermund bei der ersten Untersuchung zeknpfennigstückgross. Behandlung: Diuretica, Diaphoretica. Spontane Geburt. Kind todt. Pat. wegen Erregungszuständen verlegt, nach längerer Zeit gebessert entlassen.

Fall 149.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1893. Bd. XVIII) Dührssen: Dienstmagd Reinhard, 34 J., I p. Zahl der Anfälle 10, sämmtlich vor der Geburt. Vom ersten Anfalle bis zur Geburt vergingen ca. 3 Stunden. Zeitp. des Ausbruches: ante partum. Muttermund für 1 Finger durckgängig. Herztöne 12 Stunden ante partum nicht mehr zu hören. Harn: stark eiweisshaltig. Behandlung: Morphium, zweistündige und $1^1/_2$stündige Narkose. Geburt spontan in Steisslage. Kind todt. Pat. zur inneren Station zurückverlegt.

Fall 150.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1887. Bd. XXXII) Lantos (Budapester I. geburtshülflich-gynäkologische Universitätsklinik): G. A., 30 J., I p., Zeitp. des Ausbruches: ante portum. 2 Tage lang dauerndes Kreissen mit Anfällen. Zange. Kind todt. Pat. am 32. Tage entlassen.

Fall 151.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1887. Bd. XXXII) Lantos (Budapester I. geburtshülflich-gynäkologische Universitätsklinik): H. K., 23 J., I p. Zahl der Anfälle: 5, sämmtlich ante partum, der letzte 27 Stunden vor der Geburt. Dauer derselben: 25 bis 40 Sek. Zeitp. des Ausbruches: ante partum. Harn: Viel Eiweiss. Zange. Kind todt, mazerirt. Pat. am 10 Tage entlassen.

Fall 152.

(Archiv für Gyn. Jahrg. 1887. Bd. XXXII) Lantos (Budapester I. geburtshülflich-gynäkol. Universitätsklinik): Sz. J., 25 J., I p. 9 Tage vor der Geburt ausserhalb der Klinik. 2 Anfälle. Ein Anfall in der Klinik. Zeitp. des Ausbruches: ante part. Harn: Bei der Aufnahme kein Eiweiss. Muttermund 1 Querfinger breit. Spontane Geburt. Kind lebt. Pat. am 8. Tage entlassen.

Fall 153.

(Archiv für Gyn. 1896. Bd. LI.) Schreiber (Universitätsklinik in Wien, Chrobak): Ip., 35 J. im Sopor überbracht. Seit 2 Tagen paralytische Kontraktur des rechten Armes. Seit 3 Tagen Oligurie. Im Harn kein Eiweiss. Patientin gestorben. Exitus bald nach der Ankunft. Sectio caesarea in mortua. Kind gestorben. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum.

Fall 154.

(Archiv für Gyn. 1896. Bd. LI.) Schreiber (Universitätsklinik in Wien, Chrobak): Ip., 21 J., bewusstlos nach 5 Anfällen überbracht. Hat in der Anstalt weitere 11 Anfälle, stirbt nach dem 16. Anfalle. Sectio caesarea in mortua. Kind gestorben. Harn reichlich Eiweiss. Zeitpunkt des Ausbruches: ante part.

Fall 155.

(Archiv für Gyn. 1896. Bd. LI.) Schreiber (Universitätsfrauenklinik in Wien, Chrobak): In 8 Stunden 11 Anfälle. Im Harn reichlich Albumen. Keine Wehen. Exitus nach dem 10. Anfalle. Sectio caesarea post mortem. Kind gestorben. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum.

Fall 156.

(Archiv für Gyn. 1896. Bd. LI.) Schreiber (Universitätsfrauenklinik in Wien, Chrobak): Ip., 23 Jahre, Zwillingsschwangerschaft. Seit 14 Tagen Oedeme. 13 Wochen, vor der Entbindung 1 Anfall. Forceps beim ersten Zwilling, zweiter spontan. Patientin gestorben. $3^1/_2$ Stunden post partum. Harn: Sehr viel Eiweiss, Cylinder, Blutkörperchen, Epithelien. Zeitpunkt des Ausbruches: ante partum.

Fall 157.

(Archiv für Gyn. 1896. Bd. LI.) Schreiber (Universitätsfrauenklinik in Wien, Chrobak): Ip., 21 J. 4 Anfälle vor Wehenbeginn, weitere 9 vor der Entbindung (Forceps). Kind

gestorben, frühgeboren. 14. Anfall $^1/_4$ Stunde post partum. 15. Anfall $^5/_4$ Stunden post partum. Patientin gestorben. 14 Stunden post partum. Harn: 1 % Albumen. Cylinder.

Fall 158.

(Archiv für Gyn. 1896. Bd. LI.) Schreiber (Universitätsfrauenklinik in Wien, Chrobak): Ip., 31 J. Vor einer Woche durch 3 Tage Sopor, seit 2 Tagen wieder Sopor. Harn. Reichlich Eiweiss, hyaline Cylinder. Nach dreistündlichen Wehen Spontangeburt. Kind gestorben, mazerirt. Mutter genesen.

Fall 159.

(Archiv für Gyn. 1896. Bd. LI.) Schreiber, (Universitätsfrauenklinik in Wien, Chrobak): Ip., 26 J., 12 Anfälle in 8 Stunden ante partum. Harn: 3,6 pCt. Eiweiss, Cylinder, Eiterkörperchen, rothe Blutkörperchen. 3 Stunden Wehen. Wendung und nachfolgende Extraction. Kind gestorben, mazerirt. Mutter genesen. Zeitp. des Ausbruches: ante partum.

Fall 160.

(Centralbl. für Gyn. 1897 No. 14) A. Geyl. Dordrecht: XIIIp., 41 J., nie Nierenleiden. Jetzt Oedeme, Krämpfe, spärlicher Harn, viel Eiweiss. Ost ext. geschlossen. Cervix nicht ganz verstrichen. Hypodermoklyse mit Kochsalzlösung, später Extr. veratri virid. Eluid. subkutan. Puls besser. Geburt schnell, spontan. 24 Stunden Bewusstlosigkeit, später starke Defekte im Gedächtniss. Nach 14 Tagen (Milchdiät) kein Albumen. Genesen. Zeitp. des Ausbruches: ante partum.

Fall 161.

(Centralbl. für Gyn. Jahrg. 1896 No. 9) Sené (Pouillac), Mercredi méd. 1895 No. 41): Einer im siebenten Schwangerschaftsmonat an heftigen eklamptischen Anfällen mit nachfolgendem Coma erkrankten Frau machte S. $^1/_2$ stündlich Rektaleingiessungen mit lauwarmem Wasser. Nach 44 Stunden war der Harn so wohl qualitativ wie quantitativ fast normal. Die eklamptischen Anfälle hörten vollständig auf. Vier Tage nach dem ersten Anfalle spontane Geburt eines sieben Monate alten Kindes. Dasselbe wurde von der Mutter genährt und blieb am Leben. Zeitp. des Ausbruches: Schwangerschaftseklampsie.

Es sind somit im Ganzen 161 Fälle von Eklampsie ante partum aus der mir zu Gebote stehenden Literatur der letzten zehn Jahre von mir gesammelt und übersichtlich zusammengestellt worden. Diese Zahl könnte auf den ersten Blick nicht besonders gross erscheinen, und doch ist sie es sicherlich, wenn man bedenkt, dass die Eklampsie an sich nur einen geringen Prozentsatz aller Geburten, die Eklampsie ante partum aber wiederum nur einen kleinen Theil der gesammten Fälle von Eklampsie ausmacht. Ich halte es ferner für sehr wichtig, dass diese 161 Fälle sich ungefähr nur auf einen Zeitraum von zehn Jahren vertheilen, also sämmtlich der neueren und neuesten Zeit angehören. Ich möchte dieses namentlich im Gegensatz zu der von Schauta im Archiv für Gynaekologie (Bd. XVIII, 1881 hervorheben, welche ein halbes Jahrhundert umfasst, und deren Fälle noch grösstentheils in die vorantiseptische Zeit fallen und ferner, was noch wichtiger ist, in eine Zeit, in der man Chloroform und Aether noch nicht kannte oder wenigstens nicht anwandte. Ist es dann wunderbar, wenn in dieser Statistik die operativen Methoden so schlecht fortkommen? Fehlt ihnen doch vor allen Dingen das, was wir heute als die Hauptbedingung ansehen, nämlich bei Eklamptischen jeden operativen Eingriff nur so schonend als möglich vorzunehmen d. h. in tiefster Narkose.

Ferner ist es wichtig, dass diese 161 Fälle nicht allein aus Kliniken stammen, sondern dass viele darunter sind, welche der Privatpraxis entnommen sind. Da ich sie sine ira et studio, wo und wie ich sie nur habe auftreiben können, gesammelt habe, so müsste man doch meinen, dass sie uns ein ungefähres Bild der einzelnen Behandlungsmethoden wohl geben können. Sollte dieses der Fall sein, so ist der Zweck dieser Arbeit erreicht.

Was zunächst das Gesammtresultat anbetrifft, so sind von den 161 Müttern 50 gestorben und 111 am Leben geblieben, es beziffert sich also die Mortalität der Mütter auf 31 Procent. Unter den Kindern gab es 5 Mal Zwillinge und 1 Mal Drillinge. Mithin sind im Ganzen 168 Kinder geboren. Von

diesen fehlen die näheren Angaben in 21 Fällen. Es bleiben somit 147 Kinder, von denen 93 gestorben und 54 am Leben geblieben sind. Die Mortalität der Kinder beträgt also 63,3 Procent.

Dasjenige, was hier zunächst in die Augen fällt, ist die verhältnissmässig geringe Mortaliät der Mütter. Nahmen doch bisher, namentlich in den früheren Jahren, die meisten Autoren an, dass von den Müttern, welche vor der Geburt, zumal in der Schwangerschaft, von Eklampsie befallen werden, kaum mehr als die Hälfte mit dem Leben davonkommt. Dieses Resultat würde sich dann in der That kaum anders als durch die wesentliche Verbesserung der heutigen Behandlungsmethoden erklären lassen.

Sehen wir nun, welche Resultate die einzelnen Behandlungsweisen bei Eklampsie ante partum aufzuweisen haben.

I. Aktive Methode.

A. Kaiserschnitt.

Es sind im Ganzen 18 Fälle angeführt worden, bei welchen der Kaiserschnitt an der Lebenden ausgeführt wurde. Von den 18 Müttern sind 7 gestorben, 11 am Leben geblieben. Das ergiebt eine Mortalität von 38,9 Procent. Der Ausgang für die Kinder ist in 2 Fällen nicht angegeben. Von den übrigen 16 Kindern sind 6 gestorben, 10 am Leben geblieben, Mortalität der Kinder 37,5 Procent.

In vier Fällen wird von den Autoren selbst angegeben, dass der Kaiserschnitt in ultimo stadio bezw. in Agone gemacht wurde. In fünf Fällen hörten die Anfälle nach der Operation nicht auf, jedoch erfolgten zwei Mal nur noch leichte Attacken.

Die Zahl der Anfälle vor der Operation wird nur in fünf Fällen etwas genauer angegeben. Dieses sind folgende;

Tabelle I.

Fall No.	Zahl der Anfälle vor der Entbindung	Zahl der Anfälle nach der Entbindung	Ausgang für die Mütter	Ausgang für die Kinder
20	10	21	†	†
13	11	mehrere	†	†
18	12	?	†	†
14	viele	?	†	†
1	viele	keine	†	†

Die geringste Zahl der Anfälle vor der Operation, welche angegeben wird, ist also zehn. Nirgends wird gesagt, dass nur wenige Anfälle vor der Operation stattgefunden haben.

B. Cervixincision, Colpeurynter.

Es sind 63 Fälle angeführt. Von den 63 Müttern sind 13 gestorben, 50 am Leben geblieben. Die Mortalität der Mütter beträgt demnach 20,7%. Bei den 65 Kindern (zweimal gab es Zwillinge fehlen in drei Fällen die Angaben. Es bleiben 62. Von diesen sind 35 Kinder gestorben (darunter viele Frühgeburten), 27 am Leben geblieben. Mortalität der Kinder 56,4%.

Folgende Tabellen veranschaulichen das Verhältniss der Zahl der Anfälle zu dem Ausgang für die Mütter bezw. Kinder.

Tabelle II.

Mütter

Zahl der Anfälle	Fälle	lebend	†	Mortalität %
1 — 5	10	8	2	20 %
5 — 10	9	8	1	11 %
10 — 20	8	8	—	0 %
20 — 30	5	4	1	20 %
30 — 40	1	1	—	0 %
40 — 50	—	—	—	—
50 — 60	—	—	—	—
60 — 70	1	—	1	100 %
viele	4	2	2	50 %

Kinder **Tabelle III.**

Zahl der Anfälle	Fälle	lebend	†	Mortalität %
1 — 5	7	1	6	85,7 %
5 — 10	12	4	8	66,7 %
10 — 20	6	5	1	16,7 %
20 — 30	6	2	4	66,7 %
30 — 40	1	—	1	100 %
40 — 50	—	—	—	—
50 — 60	—	—	—	—
60 — 70	—	—	—	—
viele	4	2	2	50 %

Unter den 63 angeführten Fällen wird nur bei 36 angegeben, ob nach der Geburt noch Anfälle stattfanden. In 18 Fällen hörten die Anfälle mit der Geburt auf und in den übrigen 18 Fällen setzten sie sich auch nach der Geburt noch fort, also in 50 pCt. der Fälle. Mehrmals wird angegeben, dass es nur noch wenige leichte Attacken waren. Von den 18 Müttern, bei welchen die Anfälle nach der Entbindung nicht aufhörten, starben nur 2 = 11 pCt., von den Kindern 8 = 44,4 pCt.

Folgende Tabelle giebt uns Anskunft, in welchem Verhältniss der Zeitpunkt der Operation (ob früher oder später operirt) zu dem Ausgang für Mutter und Kind steht:

Tabelle IV.

Es vergingen bis zur Operation	Zahl der Fälle	Mütter		Mortalität %	Kinder		Mortalität %
		leb.	†		leb.	†	
1 Anfall	3	3	—	0	3	—	0
2 Anfälle	2	2	—	0	1	1	50
3 „	6	5	1	17	—	6	100
4 „	2	2	—	0	1	1	50
5 „	—	—	—	—	—	—	—
5—10 „	14	12	2	14,3	8	6	43
10—15 „	3	3	—	0	—	3	100
15—20 „	1	1	—	0	—	1	100
20 – 30 „	2	1	1	50	1	1	50
viele	8	4	4	50	2	6	75

Einen Werth lege ich bei dieser Tabelle nur auf die erste und auf die letzte Rubrik; denn, dass unter 3 Fällen, in denen gleich nach dem ersten Anfalle operirt wurde, keine Mutter und kein Kind gestorben ist, scheint mir, namentlich im Hinblick auf die so hohe Mortalität der Kinder in den übrigen Rubriken, sehr viel zu sein, falls nicht ein ganz merkwürdiger Zufall sein Spiel treibt. Dass ferner da, wo die Operation erst nach vielen Anfällen vorgenommen wurde (letzte Rubrik), unter 8 Fällen die Mortalität der Mütter 50 pCt., die der Kinder 75 pCt. beträgt, scheint mir als Gegenstück zu dem Vorigen recht bezeichnend. Das eine steht tief unter, das andere hoch über dem Durchschnitt. Beides kann doch wohl kaum Zufall sein.

Von den 35 als „todt" angeführten Kindern sind 23 bereits vor der Entbindung, also im Mutterleibe, gestorben. Unter diesen befinden sich wiederum 7, bei welchen Perforation vorgenommen wurde, ferner 3, welche als mazerirt bezeichnet werden. Nach der Entbindung starben 4 Kinder, darunter 3 mehrere Stunden, eines 24 Stunden nach der Entbindung. In 8 Fällen ist es nicht zu ermitteln, ob die Kinder vor oder nach der Geburt gestorben sind.

II. Expectative Methode.

Unter diesem Namen sind 80 Fälle aufgezeichnet worden. Von den 80 Müttern sind 30 gestorben, 50 am Leben geblieben, das ergiebt eine Mortalität der Mütter von 37,5 Procent. Unter den Kindern befinden sich 1 Mal Drillinge und 3 Mal Zwillinge. Es sind also im Ganzen 85 Kinder geboren. Von 16 fehlen die näheren Angaben, es bleiben somit 69 Kinder. Unter diesen sind 52 gestorben, 17 am Leben geblieben. Mortalität der Kinder 75,4 Procent.

Folgende Tabellen geben eine Uebersicht über das Verhältniss der Zahl der Anfälle zu dem Ausgang für die Mütter bezw. Kinder.

Tabelle V.

A. Mütter.

Zahl der Anfälle	Fälle	lebend	†	Mortalität %
1— 5	20	16	4	20,0
5—10	10	7	3	30.0
10–20	9	3	6	66,7
20—30	1	1	—	0,0
viele	2	1	1	50,0

Tabelle VI.

B. Kinder.

Zahl der Anfälle	Fälle	lebend	†	Mortalität %
1— 5	19	7	12	63,2
5—10	10	1	9	90,0
10—20	9	0	9	100,0
20—30	1	1	—	0,0
viele	2	1	1	50,0

Fragen wir nun, in wie viel Fällen die Anfälle sich auch nach der Entbindung noch fortsetzten, so müssen wir zunächst 13 Fälle in Abzug bringen, in welchen die Frau unentbunden gestorben ist. Es bleiben somit 67 Fälle übrig. Unter diesen hörten die Anfälle bei 26 Müttern mit der Geburt auf, bei 3 setzten sie sich auch nach der Geburt noch fort, bei den Uebrigen fehlen die Angaben. Die Anfälle hörten also bei 10,4 Procent der Fälle mit Beendigung der Geburt nicht auf. Von den 3 Müttern, welche auch nach der Geburt noch Anfälle hatten, sind 2 gestorben, d. i. 67 Procent. Von den 3 Kindern ist eines gestorben, 2 sind am Leben geblieben. Mortalität 33 Procent. Die höchste Zahl der Anfälle nach der Entbindung beträgt 18. In diesem Falle starben Mutter und Kind.

Schliesslich will ich noch versuchen, in nachstehenden Tabellen einen möglichst übersichtlichen Vergleich der Erfolge aller drei Behandlungsmethode wiederzugeben. Tabelle VIII giebt denselben mit Berücksichtigung der Zahl der Anfälle.

Tabelle VII.

Behandlungsmethode	Mortalität der Mütter %	Mortalität der Kinder %
Sectio caesarea	38,9	37,5
Cervixincisionen, Colpeurynter	20,7	56,4
Expectative Methode	37,5	75,4

Tabelle VIII.

Zahl der Anfälle	Mortalität der Mütter		Mortalität der Kinder	
	Cervixincisionen, Colpeurynter	Expectative Methode	Cervixincisionen, Colpeurynter	Expectative Methode
1 — 5	20 %	20 %	85,7 %	63 %
5 — 10	11 %	30 %	66,7 %	90 %
10 — 20	0 %	66,7 %	16,7 %	100 %
viele	50 %	50 %	50 %	50 %

Ich muss zu dieser Tabelle noch bemerken, dass ich hierbei die wenigen Fälle, in denen über zwanzig Anfälle verzeichnet sind, ganz weggelassen habe, weil sie wegen ihrer geringen Zahl für einen Vergleich nicht brauchbar sind und das sonst sehr brauchbare Bild nur verwirren würden. Dagegen stehen sich bei den Anfällen bis zwanzig beiderseits ungefähr gleich viel Fälle gegenüber, so dass dieses Resultat durchaus eine Berücksichtigung verdient.

Was nun das Gesammtresultat meiner Zusammenstellungen anbetrifft, so lässt es sich kurz in folgenden Sätzen ausdrücken:

1. Das bei weitem beste Resultat giebt bei Eklampsie ante partum für die Mütter die künstliche Beendigung der Geburt durch Cervixincisionen nach Dührssen, Colpeurynter etc., und zwar werden hier die Resultate um so günstiger, je früher man zur Operation schreitet (s. Tab. IV.)

2. Das bei weitem beste Resultat für die Kinder giebt bei Eklampsie ante partum der Kaiserschnitt, das bei weitem schlechteste die expectative Methode. In der Mitte zwischen beiden steht die künstliche Beendigung der Geburt durch Cervixincisionen nach Dührssen, Colpeurynter etc. Auch hier gilt wieder wie oben der Satz, dass die Prognose für die Kinder um so günstiger sich gestaltet, je frühzeitiger der operative Eingriff unternommen wird (s. Tab. IV.)

Gehen wir nun zur Besprechung der einzelnen Behandlungsmethoden über.

Beim Kaiserschnitt fällt zunächst die ausserordentlich hohe Mortalität der Mütter auf, die noch über der der expektativen Methode steht. Sollte denn wirklich mangelhafte Technik oder die Nutzlosigkeit eines derartigen Eingriffes bei Eklampsie der Grund dieses schlechten Resultates sein? Durchaus nicht. Wenn wir jeden einzelnen dieser 18 Fälle einer näheren Betrachtung unterziehen, so finden wir zunächst, dass in vier Fällen die Autoren selbst angaben, dass der Kaiserschnitt in ultimo stadio bezw. in Agone gemacht wurde. Bei einer weiteren, nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen geht es aus den Operationsberichten mit ziemlicher Sicherheit hervor, dass hier ähnliche Verhältnisse vorgelegen haben. Bei Berücksichtigung dieses Umstandes können wir das Resultat, das von achtzehn Müttern, die grössten Theils von schwerster Eklampsie befallen waren und ohne Operation wohl zweifellos verloren gewesen wären, durch den Kaiserschnit 11 am Leben erhalten worden sind, immerhin als ein recht günstiges zu bezeichnen.

Trotzdem bin ich weit davon entfernt, den Kaiserschnitt als einer ernstlich in Frage kommenden Therapie bei der Eklampsie ante partum das Wort zu reden, obgleich es auch heute noch Anhänger desselben giebt, wie ja der internatio-

nale Gynäkologenkongress in Genf (2. September 1896) erwiesen hat. Jedoch scheint mir das eine mit Deutlichkeit aus diesen 18 Fällen hervorzugehen, dass wir auch häufig noch in den schwersten Fällen durch Entleerung des Uterus günstige Erfolge erzielen können. Da uns aber heute zur jederzeitigen Entleerung des Uterus viel weniger gefährliche und eingreifende Operationen zur Verfügung stehen, so werden wir natürlich diese vorziehen, falls nicht zufällig hochgradige Beckenverengerung den Kaiserschnitt erforderlich macht. Dieses ist wohl heute die Ansicht fast sämmtlicher Geburtshelfer, und wir können mit Recht den Kaiserschnitt als eine in Rechnung zu ziehende Behandlungsmethode der Eklampsie für „abgethan" erklären. Ich habe daher diese 18 Fälle von Kaiserschnitt nur aus dem Grunde hier angeführt, weil sie grosses historisches Interesse verdienen und ausserdem für die übrigen Behandlungsmethoden der Eklampsie sehr lehrreich sind.

Wir kommen nun zu den Operationen, welche uns durch ein aktives Vorgehen die schnelle Eröffnung des ganz oder theilweise geschlossenen Muttermundes ermöglichen, tiefe Cervixincisionen nach Dührssen, Colpeurynter etc. Sollte das ein Zufall sein, dass die Mortalität der Mütter, auf die es ja hauptsächlich ankommmt, hier kaum mehr als die Hälfte derjenigen der übrigen Methoden beträgt? Ich glaube nicht. Es ist doch ein gewaltiger Unterschied, ob unter 100 Müttern 38,9 bezw. 37,5 oder nur 20,7 starben. Nun dürfen wir aber auch hier nicht vergessen, dass es sich immerhin um nicht ganz gleichgültige Operationen handelte, die in einer ganzen Reihe von Fällen auch hier wiederum als ultimum refugium angewandt worden sind, nicht als primum refugium, wie es doch eigentlich von Dührssen, dem Erfinder dieser Methoden verlangt wird. Wie wichtig diese Forderung ist, ergiebt sich deutlich aus Tabelle IV. In den wenigen Fällen (leider sind es nur 3), in welchen gleich nach dem ersten Anfalle operirt wurde, haben wir keinen Todesfall weder bei Müttern noch bei Kindern zu verzeichnen, wurde dagegen erst nach vielen Anfällen operirt, so stieg die Mortalität der Mütter auf 50%,

die der Kinder gar auf 75 %. Das sind doch wichtige Fingerzeige, die nicht unbeachtet bleiben sollten. Wir können daher das Resultat dieser 63 Fälle nur als ein schwaches Bild desjenigen auffassen, was erreicht werden könnte, wenn man sich dazu entschliessen würde, wirklich nach den Dührssen'schen Grundsätzen zu operiren. Aber auch dieses schwache Bild ist bereits so glänzend, dass alle anderen Methoden dadurch weit in den Schatten gestellt werden. Dazu kommt noch, dass bei dieser Methode auch die Sterblichkeit der Kinder eine viel geringere ist, als bei abwartendem Verhalten. Zu beachten ist allerdings die bisher noch wenig gewürdigte Thatsache, dass nach aktiv operirten Fällen viel häufiger post partum die Anfälle noch fortdauern, als bei expektativ behandelten Fällen. Hier waren es 50 Procent, dort nur 10,4 Procent der Mütter. Es scheint dieses also wirklich eine Folge der Operation zu sein. Jedoch macht das nicht viel aus und kann der aktiven Methode keinen Abbruch thun, weil trotz der post partum auftretenden Anfälle unter diesen 18 Müttern nur 2 Todesfälle vorgekommen sind = 11 Procent, während von jenen 3 Mütter ebenfalls 2 gestorben sind = 67 Procent. Es liegt also für die Anhänger der aktiven Methoden absolut kein Grund vor, sich dadurch einschüchtern zu lassen, dass in so vielen Fällen post operationem noch Anfälle auftreten, weil das Resultat dadurch nicht verschlechtert wird.

Schliesslich möchte ich noch mit wenigen Worten auf die Frage eingehen, weshalb die tiefen Cervixincisionen nach Dührssen dem Kaiserschnitt weit vorzuziehen sind. Dass letzter als Laparatomie eine viel gefährlichere und eingreifendere Operation ist, wird wohl Niemand bezweifeln. Schneller wird man wohl auch die Entbindung kaum bewerkstelligen können, da die Vorbereituugen zur Laparatomie recht zeitraubend sind. Nun wissen wir ferner, dass beim Kaiserschnitt die Asepsis, namentlich unter ungünstigen Verhältnissen, viel schwieriger durchzuführen ist, als bei den Cervixincisionen, und dass wir bei ersterem, als einer Laparatomie, schon von vornherein eine bestimmte Mortalität in Anrechrechnung bringen müssen. Die Blutstillung kann wohl bei

der sectio caesarea kaum leichter sein als bei den Cervixincisionen, doch gebe ich gern zu, dass in einzelnen Fällen nach den Cervixschnitten recht heftige Blutungen vorgekommen sind. Allein fast immer gelang es, durch Ausdauer diese Blutungen zu beherrschen. Nur im Fall 45 scheint es, als ob durch den starken Blutverlust in Folge der Schwierigkeit der Blutstillung Kollaps und Tod eingetreten ist. Hoffentlich gelingt es noch, diese so segensreiche Operation auch in Bezug auf die Blutstillung noch zu vervollkommnen. Bei den aus der Praxis meines Bruders angeführten Fällen wurde hauptsächlich darauf Gewicht gelegt, die tiefen Cervixschnitte im Speculum unter Leitung des Gesichtssinnes zu machen. Nur so kann man unangenehmen Ueberraschungen vorbeugen und die Verletzung edlerer Theile, wie Ureter und Blase, mit Sicherheit verhüten. Andererseits kann man in dieser Weise dreist den Schnitt bis zum Vaginalansatz führen und dadurch das gefährliche Weiterreissen verhindern. Sehr wichtig ist ferner die Frage der Nachbehandlung, die bei den Cervixincisionen sehr einfach, beim Kaiserschnitt äusserst schwierig ist. Wir dürfen doch nicht vergessen, dass auch nach der Entbindung in einer ganzen Reihe von Fällen die Anfälle noch fortdauern, dass aber fast immer die Albuminurie noch eine Zeit lang fortbesteht. Unser wirksamstes Mittel gegen beides sind die Schwitzbäder. Diese können wir aber einer Laparatomirten kaum zumuthen, während sie nach Cervixincisionen recht gut vertragen werden. Ein weiterer Nachtheil des Kaiserschnittes ist die Bauchnarbe, welche nicht selten Anlass zu Hernien giebt, und die späteren Verwachsungen des Bauchfelles, welche eine beständige Gefahr für die Patienten bedeuten. Dagegen stehe ich nicht an, zu behaupten, dass der Kaiserschnitt für das Kind eine weit schonendere Operation ist, als die Cervixincisionen, und dass demgemäss auch die Prognose für die Kinder beim Kaiserschnitt bedeutend günstiger ist. Die Richtigkeit dieses Satzes wird durch Tabelle VII bestätigt.

Wie verhält es sich nun mit der expectativen Methode? Die Mortalitätsziffern, welche diese Statistik ergiebt, sind im

Verhältniss zu den früheren Angaben, äusserst niedrig. Früher berechnete man, dass bei Eklampsie ante partum von den Müttern kaum die Hälfte mit dem Leben davonkäme, die Kinder aber grössten Theils alle zu Grunde gingen. Dagegen bedeutet eine Mortalität der Mütter von 37,5 Procent und der Kinder von 75,4 Procent immerhin einen bedeutenden Fortschritt. Wir können uns diesen wohl ohne jeden Zwang aus der Verbesserung der Behandlungsmethoden erklären, die ja wohl zweifellos stattgefunden hat. Namentlich hat sich die Venaesectio wiederum ein grosses Feld erobert und scheint namentlich in Verbindung mit subkutaner Injection von Kochsalzlösung oder mit Rektaleingiessungen recht günstige Resultate gezeitigt zu haben. Die Anwendung von Morphium und Chloralhydrat ist bei derartigen Fällen so verbreitet und allgemein als so nützlich erkannt worden, dass eine Besprechung derselben überflüssig erscheint. Dagegen sind die Meinungen über die Wirksamkeit der protrahirten Chloroformnarkose heute sehr getheilt. Dass sie die Anfälle unterdrücken kann, ist ja zweifellos, ob sie aber auch einen günstigen Einfluss auf den ganzen Verlauf der Krankheit ausübt, das müsste erst noch erwiesen werden. Dagegen hat sich die frühzeitige Anwendung diuretischer und diaphoretischer Mittel, namentlich der Schwitzbäder, allgemeine Anerkennung erworben, und nicht zum Wenigsten verdanken wir ihr die Erfolge, welche auch die expectative Methode bei Eklampsie ante partum zu verzeichnen hat. Alle andern bisher angewandten Mittel scheinen mir mehr oder weniger Liebhabereien zu sein, welche die alt bewährten Methoden kaum werden verdrängen können.

So gross nun aber auch der Fortschritt sein mag, den die expektative Methode im letzten Jahrzehnt aufzuweisen hat, so wird er doch, wie oben nachgewiesen ist, weit überflügelt durch die günstigen Resultate, welche die operativen Methoden, namentlich die Dührssen'schen Cervixincisionen, trotz der noch kurzen Zeit ihrer Anwendung schon verzeichnen können. Es wäre aber ungerecht, diese glänzenden Resultate den operativen Eingriffen allein zuzuschreiben, da fast in allen derartigen Fällen eine Kombination beider Methoden statt-

gefunden hat. Auch bei strengster Anwendung der Dührssenschen Grundsätze — sofortige Entbindung nach dem ersten beobachteten Anfalle — kann die vorherige Anwendung von Beruhigungsmitteln, namentlich Morphium, nur von grösstem Nutzen sein, da doch immer eine gewisse Zeit bei den Vorbereitungen zur Operation verstreicht. Bei den Anfällen, die zuweilen noch post operationem auftreten, scheint sich der Aderlass ausgezeichnet bewährt zu haben.

So sehen wir, dass bei zweckmässiger Kombination der uns heute zu Gebote stehenden Mittel auch die so gefürchtete Eklampsie ante partum oft mit dem besten Erfolg selbst in den schwersten Fällen bekämpft werden kann. Noch günstiger aber gestaltet sich der Ausblick in die Zukunft, da wir hoffen können, dass nach den bisherigen Erfolgen die Dührssen'schen Grundsätze immer mehr Anhänger und Vertheidiger finden werden.

Zum Schlusse erfülle ich die gern angenehme Pflicht, meinem Bruder, Dr. Georg Friedemann, für die Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige Durchsicht derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I. Die wichtigsten Blasenkrankheiten sind am besten und sichersten durch das Cystoskop zu diagnostiziren.

II. Die beste Methode zur sofortigen Beendigung der Geburt bei geschlossenem Muttermund sind tiefe Cervix- bezw. Scheidendamminzisionen nach Dührssen.

Lebenslauf.

Der Verfasser dieser Arbeit, Bernhard Friedemann, evangelisch-ntherischer Confession, Sohn des Superintendenten Moritz Friedemann, wurde am 9. October 1869 zu Schillehnen im Kreise Pillkallen geboren. Seine Schulbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Tilsit und Gumbinnen. Letzteres verliess er Ostern 1891 mit dem Zeugniss der Reife. Er bezog hierauf die Universität zu Königsberg, an welcher er Ostern 1893 die ärztliche Vorprüfung bestand. Das Wintersemester 1893/94 studirte er in Würzburg, das Sommersemester 1894 in Freiburg i. B. Im Sommersemester 1896 bestand er in Königsberg die ärztliche Staatsprüfung. Vom 1. April bis zum 1. October 1893 und vom 1. October 1896 bis zum 1. April 1897 genügte er seiner Militärpflicht.

Allen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser hiermit seinen aufrichtigen Dank aus.